

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juin 1901

Par DAUZATS (ÉDOUARD)

Né à Bordeaux le 6 janvier 1875

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

RECHERCHES

SUR LA

CONTAGIOSITÉ DE LA PELADE

Président : M. FOURNIER, Professeur

Juges : MM. LANDOUZY, Professeur.

WIDAL,
DESGREZ, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1901

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juin 1901

Par DAUZATS (ÉDOUARD)

Né à Bordeaux le 6 janvier 1875

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

RECHERCHES

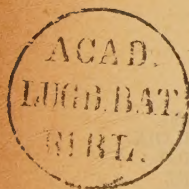
SUR LA

CONTAGIOSITÉ DE LA PELADE

Président : M. FOURNIER, Professeur

Juges : MM. LANDOUZY, Professeur.

WIDAL, } *Agrégés.*
DESGREZ, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	JACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TILLAUD.
Clinique des voies urinaires.....		TERRIER.
Clinique d'accouchements.....	}	PANAS.
		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.

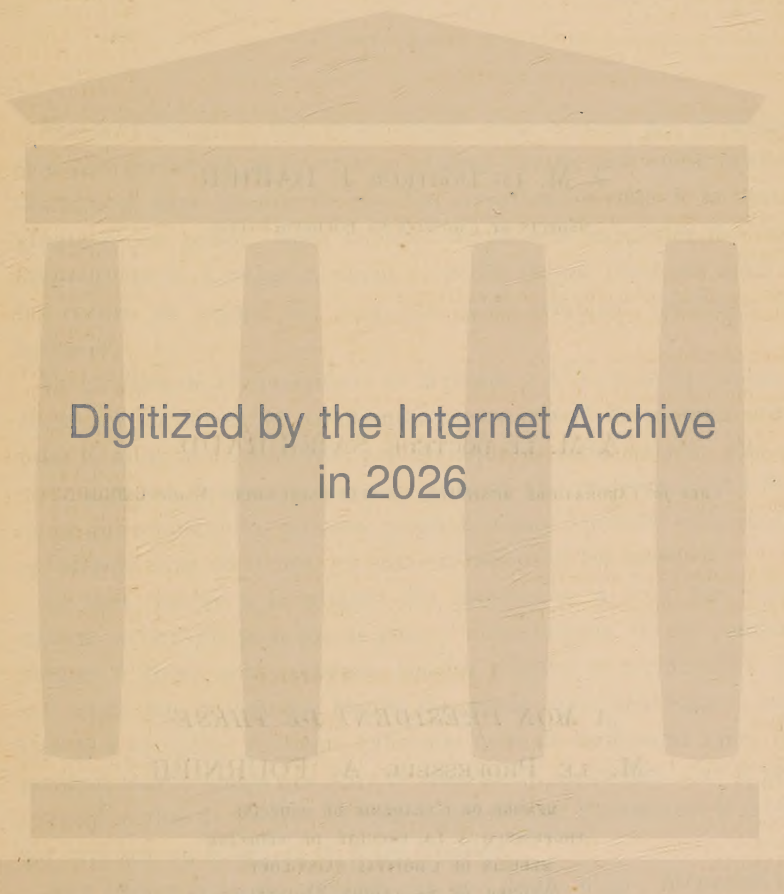
Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A M. LE DOCTEUR J. DARIER

MÉDECIN DE L'HOSPICE LA ROCHEFOUCAULD

A M. LE DOCTEUR SABOURAUD

CHEF DU LABORATOIRE MUNICIPAL, HÔPITAL SAINT-LOUIS (Ecole Lailler).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. FOURNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Comme l'indique le titre de ce travail, nous n'avons pas la prétention de trancher ici, dans un sens ou dans l'autre, une question aussi discutée et aussi importante que l'est actuellement celle de la contagiosité de la pelade. Nous voulons simplement rapporter des faits soigneusement et impartialement recueillis depuis plusieurs mois et les mettre en regard des opinions qu'ils semblent confirmer ou infirmer.

La question de la contagiosité de la pelade a déjà préoccupé nombre de savants médecins, et, si elle présente un intérêt de premier ordre pour la solution du problème pathogénique de cette maladie, elle est surtout grosse de conséquences au point de vue pratique, c'est-à-dire en ce qui concerne les mesures prophylactiques à prendre vis-à-vis des peladiques dans les écoles, les administrations et les casernes.

Le sort réservé à la plupart des peladiques, à ceux des écoles surtout, peut avoir pour eux de graves inconvénients. On sait combien longues à guérir sont certaines pelades rebelles et récidivantes. On sait aussi que la moindre plaque de pelade vraie peut exiger, pour arriver à complète guérison, plusieurs mois de traitement suivi. Or, pendant tout le temps que dure ce traitement, les enfants sont le plus souvent exclus de l'école, et trop fréquemment abandonnés à la rue par l'incurie ou la misère de leurs familles.

Aux jeunes gens qui, pressés par une limite d'âge, préparent un examen ou un concours, la pelade cause quelquefois les plus graves préjudices en les éloignant pendant de longs mois de leurs études. Pour les adultes enfin, ouvriers en atelier, employés de magasin ou de bureau, c'est souvent la perte de leur travail qui est la conséquence de cette affection.

Il y a donc utilité à rechercher s'il est possible, sans danger pour leur entourage, de laisser les peladiques au sein de leurs occupations et sous quelles conditions on peut le faire.

Certes ce n'est pas là un thème nouveau et ce point de vue utilitaire a déjà été longuement débattu. On connaît l'admirable rapport de M. Besnier, sur cette question, lu à l'*Académie* en juillet 1888, le bon sens et l'esprit de large tolérance dont son auteur s'est inspiré dans ses conclusions relatives à l'admission des peladiques dans les diverses agglomérations.

Récemment encore M. Brocq reconnaissait, dans un article paru dans le *Journal des Praticiens*, que son exclusivisme antérieur à l'égard des peladiques était trop absolu, et revenait très franchement sur son opinion en souhaitant que désormais chaque cas de pelade fût l'objet d'une enquête spéciale, au sujet de sa contagiosité, et qu'on délivrât pour la plupart des certificats d'admission dans les divers établissements.

Malgré le poids de ces déclarations et l'autorité des noms qui y sont attachés, il faut reconnaître que bien des médecins, à l'heure actuelle, se montrent beaucoup trop rigoureux vis-à-vis des peladiques, soit par connaissance insuffisante de cette maladie, soit par crainte exagérée du danger de contagion.

Il nous a donc paru important d'essayer de faire partager au public médical l'opinion que nous croyons juste, à savoir : que la pelade est rarement contagieuse, qu'un peladique en traitement n'est plus dangereux pour son entourage et que, s'il est permis de le soumettre à quelques mesures prophylactiques, il est tout à fait injuste de l'exclure de la vie commune, sous le prétexte d'un danger illusoire.

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. le Dr J. Darier, qui nous a toujours montré la plus grande bienveillance pendant les quelques mois que nous avons passés à sa polyclinique des maladies de peau à l'hospice La Rochefoucauld : nous lui en témoignons ici toute notre reconnaissance.

Nous n'oublierons pas l'excellent accueil que nous a fait M. le Dr Sabouraud, au laboratoire municipal de l'hôpital St-Louis, ni les conseils éclairés qu'il nous a prodigués dans le cours de ce travail,

Qu'il reçoive ici l'expression de notre bien vive gratitude. Nous tenons à remercier également M. Noiret, externe des hôpitaux : nous devons à son véritable talent, les clichés des photographies qu'on trouvera dans ce travail.

Nous adressons aussi nos témoignages de vive reconnaissance aux maîtres qui ont formé notre éducation médicale dans les hôpitaux : M. le Professeur Berger, MM. les D^{rs} Giraudeau, Barth, Richardière, Barbier, Féré et Lepage.

Que M. le Professeur Fournier veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

RECHERCHES ANTÉRIEURES

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Avant d'exposer les résultats de nos observations, et les conclusions qui en découlent, il est nécessaire de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'évolution de cette question de la contagiosité de la pelade. Comme nous le verrons au cours de cet historique rapide, si bien exposé par M. Besnier auquel nous avons fait les plus larges emprunts, la contagiosité de la pelade et sa nature parasitaire ont subi des fluctuations parallèles et nombreuses.

Les premières descriptions de la pelade ne font pas mention de sa nature contagieuse ou non contagieuse.

Celse donne une excellente description clinique de l'ophiasis des enfants et décrit dans son chapitre intitulé : *De Areis*, des alopecies correspondant à ce que Jonston appelle le premier *Area* — Sauvages lui donne le nom d'*alopecia areata* qui est encore aujourd'hui en usage dans le monde entier, la France exceptée.

Galien et Alexandre de Tralles attribuent la pelade à l'absence d'humeur nutritive ou à des congestions pituitaires ou mélancoliques ! (1).

Bateman, à son tour, (1820) trace de main de maître un tableau de la pelade vulgaire de l'adulte, de l'*alopecia areata*, tel, qu'au point de vue purement clinique, on y a peu ajouté après lui. Mais

(1) HORAND,

pas plus que ses prédécesseurs : Plenck, Lorry, ou que ses contemporains ou successeurs, Alibert, Rayet, il ne s'occupe de la nature de la maladie.

Il faut arriver jusqu'au célèbre Bazin, en 1853, pour trouver la première notion de la contagion de la pelade en tant que maladie parasitaire. — Le point de départ de cette conception fut la découverte par Schœnlein, en 1839, de la nature parasitaire du favus. — Quelques années après, en 1843, Gruby décrit le microsporon Audouini. Mais les caractères cliniques qu'il donne de l'affection où on le rencontre (poussière blanche, petites écailles grisâtres, cheveux friables, cassants, aussi bien que les caractères histologiques du champignon parasite, montrent que Gruby ne l'a trouvé et étudié que dans des cas de teignes.

C'est ce microsporon que Bazin adopte tout d'abord comme parasite de la pelade ; nous disons tout d'abord, car plus tard, en effet, Bazin changeait d'avis ; il admettait (1858) deux formes de microsporon qu'il attribuait l'une à la *teigne achromateuse*, l'autre à la *teigne décalvante*. En 1862, il réunissait ces deux formes cliniques et microphytiques en une seule, sous le nom de pelade, et enfin, en 1873, il assignait à la *pelade décalvante* une variété de trichophyton comme agent parasitaire, tandis qu'il conservait le microsporon pour la *pelade achromateuse*, revenant ainsi à sa première doctrine. Malgré ces fluctuations d'opinion, qui devaient rendre au moins circonspects ceux qui n'avaient pu ou voulu étudier eux-mêmes les caractères du prétendu champignon de la pelade, la plupart des auteurs contemporains ou successeurs immédiats, subjugués par la grande autorité de Bazin, admirent l'existence de ce parasite dans la pelade et le décrivirent avec force détails. C'est ainsi que Robin, Hardy partagèrent les idées et l'erreur de Bazin : erreur certaine car les caractères cliniques qu'ils donnaient de l'affection causée par le microsporon Audouini s'appliquaient à la teigne et non à la pelade.

Un exemple montrera mieux la confusion qui régnait à ce moment au sujet de la pelade. Voici ce que dit Hardy en 1858 : « La pelade est une maladie essentiellement contagieuse, qui, comme toutes les affections parasitaires, se transmet par un contact médiateur ou immédiat,

et nous devons insister d'autant plus sur cette contagion qu'il est encore aujourd'hui bien des médecins qui refusent de l'admettre. ... Les altérations cryptogamiques que l'on observe au microscope *sont à peu près les mêmes dans cette affection que dans les autres maladies parasitaires* ; on y trouve des *spores* plus petites et moins nombreuses que dans la trichophytie, tandis que les ramifications du mycélium y sont en plus grande abondance. Le poil également est altéré ; sa tige présente des renflements formés par des amas de spores et sa racine au lieu d'être bulbeuse devient allongée et fusiforme ; enfin on reconnaît *que cette matière blanche, champignonneuse, qui couvre les plaques du porrigo decalvans et qui entoure les poils de duvet, est formée presque exclusivement par des spores...* ».

« Nous pouvons donc définir la *teigne pelade*, ou *porrigo decalvans*, comme une maladie parasitaire, affectant le système pileux sur tous les points de l'économie où il se rencontre, donnant lieu à des altérations spéciales, dont une des plus importantes est la chute des cheveux qui sont remplacés par un duvet cotonneux, et caractérisée par la présence d'un cryptogame particulier décrit sous le nom de *microsporon Audouini* ».

Si on veut bien rapprocher dans cette description la partie histologique et la partie clinique, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que Hardy confondait certainement ce que nous appelons aujourd'hui *teigne fongante à petites spores* avec la *pelade (porrigo decalvans)*. Retenons donc ce fait et rappelons-nous, lorsque nous en viendrons à la discussion de la contagiosité de la pelade, que la plupart des observations en faveur de la contagion, datant de cette époque, sont sujettes à caution et ne peuvent guère entrer en ligne de compte, étant donnée la confusion probable qu'ont faite les observateurs entre la *teigne* et la *pelade*.

Cependant la doctrine parasitaire de la pelade, malgré la haute autorité de Bazin, ne fut pas admise par tous les médecins. Même ceux qui l'avaient d'abord acceptée sur parole, ou sans contrôle suffisant, s'empressèrent de la rejeter lorsque de nouveaux observateurs se livrèrent à une vérification sérieuse qui aboutit à la négation du parasite annoncé. C'est ainsi que Robin et Hebra, d'abord partisans de

la théorie parasitaire de Bazin, s'en firent ensuite les adversaires, entraînant avec eux « la plus grande partie des dermatologistes des deux mondes » (Besnier).

Du reste, dès 1859, Rollet, à Lyon, et Gintrac, à Bordeaux, annonçaient qu'ils avaient vainement cherché le parasite admis par Bazin. En 1865, Bergeron, dans son *Etude sur la géographie et sur la prophylaxie des teignes*, n'y mentionne pas la pelade, parce qu'il n'admettait pas comme démontrée sa nature parasitaire.

En 1874, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, Vidal, Lailler, Bergeron déclarèrent qu'ils ont en vain cherché, sur un nombre de cas considérable, le parasite affirmé par Bazin. Lailler émet alors l'opinion que la pelade est de nature parasitaire, mais que le parasite doit être cherché, non pas dans le poil, mais dans les couches épidermiques. Malassez (1874) décrit, en effet, des spores très petites, de 0,001 à 0,004 dans les squames des plaques peladiques et, dans sa thèse (1874), Courrèges soutient l'opinion de Malassez et admet la contagiosité de la pelade : 1^o par l'air, 2^o par contact médiateur, 3^o par contact immédiat.

La même année, dans un mémoire très important, M. Horand, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille à Lyon, après avoir passé en revue les divers travaux que nous venons de mentionner, s'exprime ainsi : « En résumé, il ressort de l'examen des diverses opinions qui ont été émises sur la nature de la pelade, que les dermatologistes peuvent se partager en deux camps : les uns admettent que cette maladie n'est point la conséquence d'un parasite végétal, les autres la rattachent à l'existence d'un cryptogame, mais ils lui assignent des caractères divers. » Et M. Horand, se demandant à son tour quelle peut-être la nature de la pelade, dit que, si elle est parasitaire, elle doit être contagieuse et inoculable.

Or, plusieurs auteurs nient la contagion (Cazenave, Schedel, Hebra); d'autres, plus nombreux c'est vrai, l'admettent (Gibert, Bazin, Devergie, Hardy, Lailler, Courrèges) mais de l'examen que fait M. Horand de leurs observations, il résulte qu'elles se rapportent à des faits douteux et plutôt à des teignes qu'à des pelades. De son côté, M. Horand affirme n'avoir jamais rencontré la contagion parmi les nombreux enfants peladiques qu'il a traités.

Sur la seconde question de l'inoculabilité de la pelade, M. Horand enregistre l'aveu de Bazin, que l'inoculation n'a pas été tentée jusqu'à lui ; il cite ses propres tentatives d'inoculation, 1^o à de jeunes chiens, 2^o à un jeune enfant, tentatives restées infructueuses. L'auteur insiste encore sur les nombreuses dissidences qui divisent les partisans du parasitisme et conclut que la pelade n'est ni contagieuse, ni inoculable, ni par conséquent parasitaire. Il pense enfin que cette maladie « ne doit pas être classée parmi les teignes et paraît être constituée, ainsi que l'admettent certains auteurs, Hebra en particulier, par un trouble de nutrition des cheveux dû à un trouble de l'influx nerveux. »

Si nous avons rapporté avec plus de détails ce mémoire de M. Horand, ce n'est pas que les conclusions en soient inattaquables, mais il a l'avantage de fixer une époque dans l'histoire de la pelade et de montrer nettement l'insuffisance de la théorie parasitaire jusqu'à ce moment.

Les auteurs étrangers l'ont du reste depuis longtemps abandonnée. Wilson (1857) considère la pelade comme le résultat d'une atrophie du follicule pileux. En Allemagne, Rindfleisch (1869), Purdon à Londres (1870), Duhring en Amérique, la même année, arrivent aux mêmes conclusions négatives au sujet du prétendu parasite de la pelade. A Vienne, Hebra, nous l'avons dit, après avoir adopté la doctrine de Bazin, la rejette et considère la pelade comme une trophonévrose (1874).

L'année suivante, Nystrom, de Stockolm, conclut d'études faites à l'hôpital Saint-Louis de Paris, que les différents parasites décrits par les auteurs précédents existent bien, en effet, dans des cas de pelade, mais qu'ils sont absolument banals et qu'on les retrouve aussi bien sur les poils ou le cuir chevelu sains et même dans le duvet de coton des compresses qui servent aux pansements et à la coiffure.

Nous ferons observer à ce propos que l'auteur suédois donne ici la note juste, bien qu'exagérée, en ce qui concerne le parasitisme de la pelade. On ne peut en effet admettre que des observateurs de la valeur de Malassez, par exemple, ou de MM. Vaillard et Vincent, qui quelques années plus tard (1891) ont trouvé un microbe de la pelade, n'aient pas réellement vu ce qu'ils ont décrit. Mais aucun de ces germes n'est

spécifique de la pelade et il est possible que ceux que les observateurs ont pris successivement pour le parasite pathogène de la pelade, ne soient que les diverses formes du *bacille bouteille* dont la banalité est aujourd'hui bien établie.

Malgré le peu de succès des théories parasitaires antérieures, il se trouva, les années suivantes, plusieurs auteurs, surtout à l'étranger, qui prétendirent chacun avoir découvert le germe spécifique de la pelade. Thin, en 1881, décrit son *bacterium decalvans* ; Sehlen, en 1884, son *areacoccus*, qui aurait été retrouvé par Bender (1886), dans 5 cas où il examina les cheveux peladiques. Pellizari, en 1884, signale aussi des parasites spéciaux en rapport avec l'alopecie en aires. Au congrès de Washington, en 1887, le Dr Robinson, de New-York, lit un travail sur l'alopecie en aires avec démonstration de micro-organismes profondément situés. Thin profite de l'occasion pour faire remarquer que les parasites décrits par Robinson et V. Sehlen doivent être identiques à l'agent pathogène de la pelade qu'il a déjà mentionné.

Tous ces partisans du parasitisme trouvent bientôt des contradicteurs dans Bizzozero, Mibelli, Behrend, qui nient la spécificité des parasites décrits. Ainsi dans cette nouvelle période de dix années (1875-1887), les mêmes fluctuations se produisirent au sujet de la nature parasitaire de la pelade et les opinions des pathologistes varièrent parallèlement, en ce qui concerne sa contagion ou sa non-contagion. Si bien qu'en 1888, M. Besnier pouvait écrire dans son rapport à l'Académie : « Ainsi donc, toutes ces recherches, tous ces efforts combinés, ces travaux considérables dont nous n'avons donné qu'un bien faible aperçu, demeurent pour le moment comme s'ils n'avaient pas été, et, après eux comme avant eux, l'alopecie peladique est incompréhensible et inexplicable par la théorie parasitaire. »

Mais en même temps que cette théorie parasitaire perdait des adeptes, l'idée d'une pelade nerveuse, par trophonévrose, gagnait du terrain, surtout parmi les médecins étrangers et ainsi naquit la théorie dualiste, soutenue par de nombreux auteurs, et non des moindres, qui admettaient une pelade parasitaire, contagieuse et une pelade non-parasitaire, trophonévrotique et non contagieuse.

Cette nouvelle phase de l'histoire de la pelade, on pourrait l'appeler

la phase moderne, car elle s'étend jusqu'à nous. A partir de cette époque (1887) on commence à mieux connaître les symptômes et l'évolution de la maladie. On commence aussi à savoir en distinguer des alopecies d'autres causes, que nous étudierons dans un des chapitres suivants, et à ne plus désigner sous le nom de pelade que l'alopecie en aires essentielle, telle que dès 1820 Bateman en avait tracé les traits fondamentaux dans les quelques lignes que voici :

« Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège, et sur lesquelles on ne remarque *aucun cheveu*, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux qu'à l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, au centre des taches, unie, brillante et d'une blancheur remarquable. »

Nous allons examiner maintenant les différents arguments, tirés des observations antérieures qui se présentent, d'une part, en faveur de la contagiosité, d'autre part, en faveur de la non-contagiosité de la pelade.

CHAPITRE II

Relation et discussion des faits anciens de contagion et d'épidémies de pelade.

Dans ce chapitre nous chercherons à élucider particulièrement la valeur des faits de contagion ou d'épidémies de pelade rapportés par les observateurs.

De l'historique que nous venons de résumer il ressort que nous sommes en présence d'une affection bien définie cliniquement (Bateman) mais dont la nature est toujours inconnue : la théorie parasitaire et la théorie trophonévrotique se disputant tour à tour son explication.

Un seul fait semble bien acquis à cette époque, c'est que si la pelade est de nature parasitaire, le parasite n'habite pas le poil et qu'il agit plus profondément par « *sidération* » de la papille pileaire, comme le fait dès ce moment pressentir M. Besnier.

Quant aux faits cliniques invoqués jusqu'alors en faveur de chaque théorie, c'est-à-dire pour ou contre la contagion, nous ne pouvons mieux faire pour en donner une juste idée que de résumer succinctement l'excellente revue de M. G. Thibierge parue dans les *Annales de Dermatologie* de 1887 sous le titre suivant « Sur la question de la contagion de la pelade ».

Après avoir rappelé les différentes recherches sur le parasite de la pelade (recherches que nous avons citées plus haut), M. Thibierge aborde plus spécialement la question de la contagion : M. Ollivier, dans son rapport intitulé « *La Pelade et l'Ecole* » nie la contagion. M. Gaucher se déclare résolument partisan de la théorie nerveuse de la pelade. Tous deux proposent l'admission des enfants peladiques à l'école. M. Brocq rappelle d'une part des faits de contagion, d'autre part des faits de pelade nerveuse, mais déclare que l'origine étant

obscur, on doit considérer jusqu'à nouvel ordre la pelade comme contagieuse et exclure les peladiques de l'école (1).

Cette dualité d'origine est déjà indiquée par Quinquaud et par Feulard. Les thèses de Buchin et de Lorient, tous deux élèves de Vidal, admettent aussi deux pelades : nerveuse et parasitaire.

En faveur de la pelade dite nerveuse on peut invoquer plusieurs faits cliniques : *Obs. de M. Brocq* : pelade chez un jeune engagé conditionnel en proie à une profonde tristesse, puis atteint de névralgies occipitales. Aucune pelade dans la chambrée.

Obs. de M. Ollivier. — Pelade survenue chez un enfant le lendemain d'une frayeur violente (pendant la traversée du Bois de Boulogne, la nuit).

Obs. de M. Gaucher. — 1° Femme devenue peladique à la suite de la mort de son mari, et de la perte complète de sa fortune.

2° Pelade à la suite de surmenage intellectuel, chez un officier à l'Ecole de Guerre.

3° Pelade et hystérie.

4° Pelade et neurasthénie.

A l'appui de la théorie nerveuse de la pelade, il faut encore apporter certaines preuves expérimentales fournies par les recherches de Max Joseph, auxquelles nous nous arrêterons un peu plus longuement. Ces expériences entreprises dans le but de démontrer la réalité de l'alopécie en aires par trophonévrose, ont consisté dans l'extirpation du ganglion spinal du deuxième cervical chez plusieurs chats. Au bout de 5, 7, 11, 12, 27 jours, il se produisit chez tous une alopécie partielle à peu près circulaire, à contours réguliers, comparable à une plaque de pelade chez l'homme. On n'observait aucun trouble de la sensibilité sur ces plaques glabres. Microscopiquement, on note l'atrophie complète de la papille avec absence du poil. Ces expériences démontrent, aux yeux de leur auteur, l'existence de nerfs trophiques (antagonistes des nerfs vasculaires) dont la destruction a amené l'apparition des plaques alopéïques. Max Joseph cherche ensuite à expliquer quelques

(1) Nous avons dit plus haut que M. Brocq est revenu depuis sur cette opinion et qu'il considère désormais comme abusive l'exclusion de tous les peladiques de l'école.

phénomènes qui paraissent incompatibles avec la théorie trophonerveuse. Il paraît tout d'abord incompréhensible qu'une affection trophonévrotique attaque précisément les fibres nerveuses qui desservent ensemble le district presque circulaire d'une aire peladique.

Par analogie avec la disposition trouvée par Türek pour la distribution des nerfs sensibles, l'auteur tire de ses expériences cette conclusion que, dans la sphère du deuxième nerf cervical, il y a pour les fibres trophiques des territoires communs et des districts exclusifs.

Par suite, après la section des nerfs, les territoires communs ne sont pas altérés, tandis que les territoires exclusifs, après cessation de l'influence des nerfs trophiques, ont perdu leur fertilité capillaire. Selon l'auteur, les expériences doivent précisément leur réussite à cette circonstance. Il insiste encore sur ce point que la chute trophique des cheveux est toujours caractérisée par des plaques à contour régulier.

L'expérimentation physiologique peut encore expliquer la progression de l'aire dans la sphère de nouveaux nerfs de la peau.

Un chat, opéré comme il a été dit, présentait, outre la chute symétrique des poils dans la sphère du deuxième nerf cervical sectionné de chaque côté, une plaque chauve complètement symétrique dans la région du nerf frontal du premier rameau du trijumeau. Il y a, dans ce cas, propagation du processus de dégénérescence à des anastomoses trophiques entre le deuxième nerf cervical et le trijumeau. Ainsi donc, l'expérimentation physiologique montre la voie par laquelle la chute trophique des poils peut passer d'un territoire nerveux à un autre.

Bien qu'il soit difficile d'accorder ces expériences avec ce fait que les territoires envahis par la pelade ne correspondent le plus souvent pas à la distribution d'un seul, mais bien de plusieurs nerfs crâniens, on ne peut s'empêcher de remarquer l'effort consciencieux de leur auteur, pour tâcher de concilier la théorie trophonerveuse avec ces difficultés.

En 1887, Mibelli complète les résultats des expériences analogues qu'il a entreprises pour contrôler les faits avancés par Joseph.

Sur 15 chats, l'excision du 2^e ganglion spinal ou la section de ses branches a produit des plaques d'alopecie circulaire, occupant soit sa

zone de distribution, soit et le plus souvent un point plus ou moins éloigné de la surface cutanée (épaule, pied, etc...) accompagnée dans plusieurs cas d'autres altérations de la peau (croûtes, lésions eczématoïdes). Chez les animaux conservés assez longtemps, les poils se sont reproduits sur les plaques alopéciques.

Mibelli conclut de l'inconstance, de la variabilité des lésions observées, que celles-ci ne sont pas sous la dépendance directe de la lésion nerveuse produite et encore moins, comme le pense Joseph, de la lésion de prétendus nerfs trophiques — Pour lui, le système nerveux exerce une action trophique indirecte : la section nerveuse produit dans les centres des désordres nutritifs et fonctionnels légers et passagers qui déterminent des troubles dystrophiques variables et inconstants sur des zones cutanées diverses. Ces troubles dystrophiques sont précédés de troubles vaso-moteurs, caractérisés parfois par la formation de vésicules ou de croûtes qui accompagnent la chute des poils.

Et M. Thibierge ajoute, après avoir rapporté les idées de Mibelli : « Ces expériences confirment que l'alopecie en aires peut-être d'origine nerveuse. Elles ne montrent cependant pas ni comment se produit l'alopecie, ni pourquoi elle se limite en certains points. — Elles semblent représenter le choc traumatique ou psychique qu'on retrouve à l'origine de bien des cas de pelade — Le traumatisme expérimental, comme les causes nerveuses chez l'homme, ne facilite-t-il pas, en affaiblissant la nutrition de la peau, le développement d'un parasite encore inconnu, mais dont l'observation clinique démontre à l'évidence l'intervention dans un si grand nombre de cas de pelade ».

Ce sont ces faits en faveur de la contagion que nous allons maintenant résumer. Voici d'abord ceux que rappelle Thibierge dans sa revue :

1° Observations de contagion limitée. — Gillette rapporte que six enfants d'un collège parisien furent contaminés par l'arrivée d'un élève provincial. Mais de quelle affection du cuir chevelu ce dernier était-il atteint ? Gillette, dans cette observation, dit que le premier enfant atteint présentait des pustules *d'impétigo* ; que chez le deuxième enfant il y avait desquamation furfuracée sur le cuir chevelu.

Il est permis, étant donnée la date ancienne de cette observation, de supposer qu'il s'agissait d'un fait de teigne qui à cette époque était plus ou moins confondue avec la pelade.

Hillairet, toujours cité par Thibierge, raconte que six employés au chemin de fer de l'Est, travaillant dans le même bureau, où un chat malade avait l'habitude de se blottir dans leurs casquettes, furent successivement atteints de pelade ; le chat perdait ses poils. — Voici une observation qui au premier abord pourrait donner à réfléchir aux adversaires de la contagion de la pelade — Mais si on se reporte à la séance de la *Société médicale des hôpitaux* du 8 mai 1874, où cette observation fut produite, on s'aperçoit bien vite que sa valeur démonstrative est à peu près nulle. Dans cette séance, en effet, à propos d'une discussion sur la *teigne tondante* et sur la transmission de l'*herpès tonsurant* des animaux à l'homme, Hillairet, après avoir donné un exemple de ce dernier fait, sur une question de M. Champouillon demandant si la *teigne* peut se transmettre par les vêtements, dit exactement ceci :

« Le coiffeur a servi plus d'une fois d'intermédiaire pour cette transmission, cela est indiscutable. Je rapporterai *encore*, à ce sujet, un fait bien curieux dont j'ai été témoin il y a quelque temps. Six employés travaillant dans un même bureau du chemin de fer de l'Est, sont venus réclamer mes soins au pavillon Gabrielle l'un après l'autre ; tous étaient atteints de *pelade*. Ces employés avaient dans leur bureau un chat malade, qui perdait tous ses poils et qui était sans cesse blotti dans leurs casquettes. *Bien que je n'aie pas étudié spécialement l'affection dont ce chat était atteint*, il est bien presumable qu'il avait la pelade et que cette pelade s'est transmise à ces employés par leur coiffure. Du reste, il est probable que la *teigne tonsurante* s'est transmise par un mode analogue il y a dix ans environ au lycée de Vanves, où elle a fait un certain nombre de victimes ».

Comme on le voit, Hillairet mélange aisément dans cette discussion herpès tonsurant, teigne et pelade ; il ne fait même aucune difficulté pour admettre, sans l'ombre d'une preuve ni d'un contrôle, la pelade du chat, alors qu'aujourd'hui nous ne savons rien de positif sur l'existence de la pelade chez les animaux et à plus forte raison sur sa transmissibilité à l'homme. N'est-il pas bien plus vraisemblable

qu'il s'agissait d'une trichophytie animale quelconque transmise à ces si employés? Et voilà encore une observation de contagion de pelade, sinon nulle, du moins tout à fait insuffisante.

Que penser aussi de l'affirmation de Hardy qui déclare, dans son *Traité pratique et descriptif des maladies de peau*, avoir vu plusieurs cas de transmission de la maladie entre plusieurs membres d'une même famille, ou entre maîtres et domestiques.

Nous avons cité plus haut la description que faisait Hardy, quelques années avant de la pelade. Il nous paraît inutile d'insister sur le peu de valeur des observations de contagion rapportées par un auteur qui confondait certainement dans la même description la teigne et la pelade. On nous objectera que dans les prétendus cas de contagion entre maître et domestique, adultes par conséquent, il ne saurait être question de teigne, puisque celle-ci est exceptionnelle à cet âge. Nous répondrons qu'il a pu s'agir, dans certains cas, de trichophytie animales et que, dans les autres, on avait affaire à une coïncidence de la pelade chez l'un avec une pseudo-pelade chez l'autre (des soi-disant contagionnés).

Lailler, dans ses *Leçons cliniques sur les teignes* (1878) (p. 82 et 83), cite comme observations personnelles le cas d'un collégien ayant contracté la pelade de son voisin et la donnant ensuite à son frère, et celui d'une jeune fille ayant contracté la pelade par usage du peigne d'une amie peladique. Ces observations, bien que peu détaillées, sont, à prendre en considération, vu la grande autorité de Lailler en la matière. Mais le même auteur, quelques lignes plus loin, reconnaît que la contagion n'a jamais été démontrée expérimentalement, qu'il n'a jamais vu d'exemple de contagion de pelade dans ses salles d'hôpital, qu'enfin les faits sont nombreux où le mari peladique ne contagionne pas sa femme ou réciproquement, malgré une cohabitation étroite.

Vidal, dans ses *Leçons sur la pelade* citées par Brocq, rapporte un cas de pelade survenu chez un acteur, après usage d'une coiffure ayant servi à un de ses camarades atteint de « tonsures? » Il rapporte aussi une observation où la pelade apparut successivement chez trois enfants de la même famille, âgés de 6 ans, 4 ans 1/2 et 11 ans. Il cite

enfin le cas de la petite fille d'un pharmacien qui prend la pelade, la donne à trois autres enfants et à son père qui présente une plaque dans la barbe.

Deux élèves de Vidal, Buchin et Lorient, dans leurs thèses soutenues en 1887, rapportent également quelques observations de contagion. Sur 8 observations citées, Buchin en présente 3 comme probantes en faveur de la contagion :

OBS. II. — Homme, 27 ans, présentant quatre plaques de pelade du cuir chevelu. Aucun cas de pelade dans sa famille. Le malade affirme que ses cheveux ont commencé à tomber peu après qu'il fut revenu de la caserne, où il avait fait ses 13 jours.

OBS. III. — Petite fille, 7 ans 1/2. Plaque unique au sommet de la tête. Sa tante qu'elle va souvent voir, est atteinte de pelade rebelle à tout traitement depuis *dix ans* !

OBS. IV. — Garçon, 11 ans, couchant habituellement avec son frère atteint de pelade depuis un an, voit tomber ses cheveux depuis quelque temps ; il présente plusieurs plaques dénudées sur le cuir chevelu et aux sourcils. Tempérament lymphatique, pas d'antécédents nerveux.

En somme, Buchin admet la contagion dans ces 3 cas où : 1^o pour la 1^{re} observation, il se contente de la simple affirmation du malade, qui ne déclare même pas avoir vu un peladique pendant ses 13 jours ; 2^o pour la 2^e observation, une pelade durant depuis 10 ans se serait montrée contagieuse, ce qui est tout à fait contraire aux observations actuelles ; 3^o pour la 3^e observation, il s'agit de deux frères et nous verrons plus loin que pour donner plus de rigueur à la discussion, il ne faut pas admettre les observations de contagion où la consanguinité peut jouer un rôle.

Des autres observations de Buchin, deux s'appliquent nettement à des pelades nerveuses, trois incriminent le coiffeur. Aussi Buchin se déclare-t-il partisan de la théorie dualiste et croit-il à l'existence d'une pelade nerveuse et d'une pelade contagieuse.

C'est la même opinion que soutient quelques mois plus tard Lorient dans sa thèse (1887). Et voici les observations qu'il présente à l'appui de la contagion :

OBS. I. — Homme, 18 ans. Pelade depuis six mois, ayant débuté quelques jours après qu'il s'était servi de la coiffure d'un de ses camarades

atteint lui-même de pelade. Non transmission dans sa famille.

OBS. II. — Enfant, 11 ans $1/2$. Pelade depuis 3 mois. *Il y aurait eu à son école quelques cas de pelade pour lesquels on aurait renvoyé les enfants. Non transmission dans sa famille.*

OBS. III. — Enfant, 11 ans. Pelade depuis 3 ans. *Aurait pris l'affection à son voisin d'école. Pas de contagion à sa famille et cependant n'a cessé de coucher avec son frère.*

OBS. IV. — Homme 18 ans. Pelade depuis 4 mois. Sa belle-sœur atteinte de cette affection depuis quelque temps, se trouvant un jour fatiguée se repose sur le lit du malade et celui-ci quelques jours après vit survenir une petite plaque de pelade.

OBS. V. — Pelade chez deux jumelles.

OBS. VI. — Pelade chez un homme s'étant servi d'un chapeau appartenant à un ami peladique.

En laissant de côté les observations II, III où évidemment la pelade d'école en question n'a pas été contrôlée par Lorient et l'observation V où il s'agit de consanguinité, on peut objecter à l'auteur qu'il ne nous dit pas, dans ses autres observations, si l'affection a été contrôlée chez celui des deux individus qui a contagionné l'autre. Et cela, croyons-nous, est très important car, dans les enquêtes que nous avons faites, il nous est arrivé maintes fois de trouver que la personne incriminée comme origine de la contagion n'était nullement atteinte de pelade.

Lorient cite ensuite 10 observations toutes en faveur de la pelade nerveuse et où il n'a pu trouver d'origine contagieuse.

Dans la discussion provoquée à l'*Académie* (1887) par la lecture du mémoire d'Ollivier : *La Pelade et l'Ecole* (où l'auteur s'appuyant sur 131 observations, où il n'a pas trouvé une seule fois la transmission, défend la non-contagion et réclame l'admission ou le maintien des peladiques à l'école), plusieurs faits furent produits pour et contre la contagion. MM. Cornil, Féréol, Fournier citèrent des observations de non-contagion. Quant aux faits en faveur de la contagion, nous les retrouvons pour la plupart dans le rapport de M. Besnier, qui est une merveille de clarté et met la question au point. Nous allons résumer rapidement ces observations qui ont trait à des faits de contagion limitée et à des épidémies de pelade.

M. Besnier cite les quelques faits suivants, observés par lui-même.

« I. Un jeune enfant, atteint d'une plaque de pelade, sort pour raison extra-médicale d'un collège où on l'avait accepté muni d'un certificat médical constatant que sa maladie n'était pas contagieuse; grâce à ce certificat, il est admis dans une pension particulière, où il contamine rapidement son voisin de classe et d'étude, avec qui il change continuellement de coiffure.

« J'ai constaté les faits, dit M. Besnier, et reçu les doléances énergiques du maître de pension et des parents de l'enfant contaminé ».

II. Un élève d'une école très connue de Paris, où il était conservé malgré une plaque de pelade, revient dans sa famille, où, manquant de lits, on le couche avec un frère plus jeune sur un même traversin sans oreillers. L'arrivant portait une plaque de pelade à l'une des régions latérales du cuir chevelu; trois semaines après, le frère avait une plaque de pelade au point de contact homologue. Les enfants n'avaient couché que deux jours ensemble.

III. Un officier a la pelade; on n'en pouvait trouver la cause, lorsque M. Besnier a l'idée d'examiner son ordonnance qui avait pu se servir de son peigne et de sa brosse, et trouve sur son cuir chevelu plusieurs plaques alopéciques dissimulées avec art sous des cheveux longs.

Voici maintenant un cas de pelade de famille et de maison que M. Besnier choisit dans une communication que lui a faite M. Leloir de Lille :

« M. X..., 26 ans, étudiant en pharmacie, de très belle santé apparente, est atteint *depuis 3 ans* de pelade de la barbe. Il vint me consulter en 1885 parce que la pelade a envahi son cuir chevelu. Quelques mois après, il m'amène son ami intime, qui partageait le même logement que lui; cet ami est atteint depuis quelques semaines d'ilots de pelade achromique du cuir chevelu. Plusieurs mois après, cet ami venait, à son tour, m'amener sa maîtresse, atteinte depuis quelques jours d'ilots de pelade achromique. Mais ce n'est pas tout. Avant de me consulter, X... était allé passer chez lui les vacances de Pâques. Il n'avait pris aucune précaution, se servant des peignes, brosses, etc. de ses parents, de ses frères et de ses sœurs. Plusieurs mois après son retour de vacances, X... vient m'annoncer que sa mère, un de ses jeunes frères et sa petite sœur sont atteints de pelade, ce que je ne tardai pas à constater quand il me les amena pour les soigner ».

Contre des faits aussi rigoureusement observés, que ceux qui les rapportent affirment avoir vus et contrôlés, il est impossible d'oppo-

ser une négation pure et simple. Tout au plus pourrait-on leur objecter leur petit nombre, mais, en matière de contagion, il faut bien convenir qu'un seul fait positif bien établi a plus de valeur que plusieurs centaines de faits négatifs.

2° Observations d'épidémies de pelade. — Passons maintenant aux observations d'épidémies de pelade. Elles ne sont pas très nombreuses en vérité, et depuis si longtemps que dure cette discussion sur la nature de la pelade, on s'aperçoit facilement que les contagionnistes, pour défendre leur opinion, jettent à la tête de leurs adversaires trois ou quatre épidémies d'école ou de régiment, toujours les mêmes, et sur lesquelles il faut faire les plus expresses réserves.

A la discussion sur la « pelade et l'école » à l'*Académie* (1887) Hardy cite une épidémie observée à Amiens en 1883. Dans un collège de 400 jeunes gens, d'après le rapport du Dr Padieu, une cinquantaine d'élèves furent atteints ; la maladie a coïncidé avec l'emploi d'une tondeuse avec laquelle un coiffeur de la ville soumettait à un niveau égalitaire les chevelures des pensionnaires. Même chose récemment dans un collège de Nancy.

M. Thibierge cite également une épidémie rapportée par M. Besnier, ayant sévi dans une école de Nogent où 30 ou 40 élèves furent atteints simultanément. Pas d'autres détails. On remarque cependant, chose bizarre, que, parmi les enfants qui furent renvoyés dans leurs familles à ce moment, aucun ne contagiona ses parents ou ses frères et sœurs.

Deux épidémies de régiment sont partout citées, ce sont l'épidémie de Montpellier en 1886 et l'épidémie du régiment des sapeurs-pompiers, à Paris, en 1888.

La première a fait, de la part de M. Coustan, médecin-major au 122^e d'infanterie, l'objet d'un rapport à l'*Académie* sous le titre de : « Épidémie de pelade achromateuse observée à Montpellier en 1886 ».

« L'épidémie, dit M. Coustan, s'étendit à 120 hommes, mais il ajoute peu après, que la transmission s'étant faite très rapidement au début, il en résulta une certaine confusion dans les diagnostics et on fut amené à envoyer à l'hôpital des hommes qui, après plus ample examen, en furent renvoyés avec le diagnostic : Pelade douteuse ou suspecte, alopecie sus-

pecte, cicatrices suspectes de pelade, calvitie, etc... En éliminant ces cas douteux, j'estime, dit M. Coustan, que j'ai eu affaire à plus de 80 cas de pelade confirmée ».

L'épidémie commence par deux soldats du 122^e de ligne, *atteints de pelade depuis plusieurs mois peut-être*, qui l'avaient dissimulée et qui furent envoyés à l'hôpital le 25 mai et le 7 juin 1886.

Du 7 juin au 1^{er} juillet, on ne note rien.

Du 1^{er} juillet au 6 juillet ; 6 cas nouveaux ; on prescrivit des visites spéciales de la tête qui amenèrent :

Du 6 juillet au 5 août : 14 cas nouveaux.

Du 5 au 8 août : 15 cas.

Du 8 au 31 août : 59 cas.

On observa également 12 cas dans deux compagnies du 122^e, détachées à quelques kilomètres de Montpellier le 1^{er} avril et y étant rentrées le 15 octobre.

D'autres malades furent fournis par la 16^e section de commis et ouvriers. Les hommes de ce corps logent dans le même quartier que ceux du 122^e, mais dans une aile séparée ; ils n'ont aucun rapport de service avec les premiers.

M. Coustan affirme que parmi ces peladiques, 1^o une demi-douzaine seulement perdaient leurs cheveux depuis 2 ou 3 mois sans s'en étonner ni se plaindre ; 2^o l'immense majorité les voyait tomber seulement depuis une, deux ou trois semaines. Ce sont les premiers qui ont infecté leurs camarades.

On distinguait deux ordres de plaques : les unes LINÉAIRES au début, de 2 à 3 cent. de long, situées pour la plupart à la région pariétale et à la partie antérieure du crâne, s'élargissant peu à peu de dedans en dehors ; les autres rondes primitivement, non déchiquetées, du diamètre d'une pièce de 0,50 à celui d'une pièce de 2 fr. et situées généralement aux tempes, au-dessus du pavillon, sur les apophyses mastoïdes, le long de la ligne courbe inférieure de l'occipital, c'est-à-dire en ceinture tout le long de la zone circulaire sur laquelle porte le cuir inférieur du képi.

En somme, il y a eu d'abord deux hommes, puis six hommes infectés, puis cent. M. Coustan incrimine la tondeuse, dont il donne une description qui démontre que les cheveux coupés et les débris épidermiques peuvent s'accumuler dans les dents des peignes. Or, pendant les chaleurs de cet été 1886, les hommes se firent tondre fréquemment ce qui, étant donné que les coiffeurs des compagnies n'avaient pas encore reçu d'ordres de désinfection, amena la transmission rapide de la pelade. M. Coustan dit que souvent la tondeuse a pu déterminer des éraillures du cuir chevelu.

Pour confirmer son opinion, M. Coustan cite tous les sous-officiers et

presque tous les soldats-ordonnances qui portaient les cheveux plus longs et se les faisaient couper en ville et aux ciseaux, qui n'ont pas eu la pelade.

Enfin, dans deux ou trois cas, la transmission fut évidente.

1° Cas de transmission par un képi. Un soldat peladique, envoyé à l'hôpital le 7 juin, verse son képi au magasin. Le 9 juin, ce képi est donné par erreur à un autre soldat qui, 15 jours après, vient montrer une plaque de pelade au point de contact homologue.

2° M. X..., officier d'habillement, qui manie souvent les habits et a l'habitude fréquente de se gratter la barbe avec les doigts, présente une pelade de la barbe.

M. Coustan ne croit pas que les fatigues des exercices et manœuvres d'été (qui ont duré quatre mois) suffisent à faire admettre chez ces soldats une pelade trophonerveuse. La preuve en est que la 16^e section, dont les hommes n'ont pas supporté les mêmes fatigues, a été touchée aussi par l'épidémie.

L'examen microscopique de plusieurs cheveux et de squames épidermiques, leur inoculation à deux cobayes, sont restés absolument négatifs.

Le traitement institué fut L'ÉPILATION des plaques avec application de pommade au turbith au 1/15^e. La repousse survint d'une façon générale au bout de 2 mois. On observa quelques récides. Du reste *plusieurs des soldats atteints par l'épidémie avaient eu antérieurement la pelade.*

Quant aux mesures de prophylaxie, elles furent les suivantes : on isola à l'hôpital quelques hommes; tous eurent les cheveux coupés ras; les tondeuses et ciseaux devaient être désinfectés après chaque coupe. Enfin on désinfecta les képis et fournitures. On laissa la plupart des peladiques assister aux exercices en commun. Pendant les repas et les nuits, ils étaient isolés dans une salle spéciale, et la maladie fut ainsi rapidement enrayée.

Nous avons rapporté avec détails cette épidémie de Montpellier, parce que c'est une des rares relations bien complètes qui aient été publiées et qu'on peut plus facilement en discuter certains points. 1° Nous voyons tout d'abord que 120 soldats furent déclarés peladiques puis qu'on en élimina une quarantaine, soit en tout un tiers qui n'avaient que des alopécies *douteuses*. Cela ne peut-il pas donner à réfléchir pour les deux autres tiers ?

2° Les deux premiers soldats envoyés à l'hôpital *étaient atteints de leur pelade depuis plusieurs mois* et avaient donc pu rester longtemps au milieu des autres sans produire de contagion. Comment donc se

fait-il que la pelade ait ensuite sévi si brusquement et d'une façon si intense sur les troupes? Peut-être en trouverons-nous l'explication dans le paragraphe suivant.

3^e Dans le traitement employé, l'épilation est un fait à retenir. Cette méthode, qui dans l'opinion de beaucoup de médecins est d'une efficacité nulle dans le traitement de la pelade, présente l'inconvénient d'agrandir des plaques alopéciques quelquefois très minimes et qui ne se seraient pas accrues par elles-mêmes, en un mot de créer des plaques de fausse pelade qui peuvent être l'origine d'erreurs de diagnostic. Notons seulement le fait, nous y reviendrons plus loin à propos des fausses pelades. Mais une autre conséquence de l'épilation, c'est que les individus qui en sont témoins voient avec quelle facilité on peut produire une plaque alopécique, et dans un milieu où la simulation est si fréquente, quelques soldats, pour éviter les fatigues des manœuvres surtout, ont pu avoir recours à un camarade complaisant pour se créer une ou deux plaques de pelade. Qu'on ne nous taxe pas d'exagération : nous pourrions citer le cas d'un ancien infirmier de l'hôpital Saint-Louis, atteint de pelade depuis longtemps, qui, arrivé au régiment, fut pendant longtemps renvoyé de la caserne à l'hôpital et de l'hôpital à la caserne, parce qu'il était question de le réformer. Il nous a affirmé que lorsqu'il voulait obtenir un repos d'une quinzaine de jours à l'infirmerie, il s'épilait lui-même une petite plaque sur le cuir chevelu.

M. Froin, interne des hôpitaux, nous a raconté que pendant son séjour dans un régiment des Alpes, il avait vu survenir subitement, *juste un peu avant les manœuvres*, une petite épidémie de pelade qui pouvait bien être artificielle.

M. Loison, médecin-major de 1^{re} classe au Val-de-Grâce, qui a bien voulu nous montrer les peladiques de son service au nombre de 6 seulement, nous disait, à l'une de nos visites, qu'il ne fallait pas nous étonner de les trouver si peu nombreux, surtout aux approches des congés de Pâques, mais qu'il se pourrait qu'il y en eût davantage après.

Enfin, pour une autre affection, nous avons été témoin, à l'infirmerie militaire, pendant notre année de service, du fait suivant : profitant de la coïncidence d'une épidémie de scarlatine, un soldat

réussit à se faire envoyer à l'hôpital comme scarlatineux, en se frottant durement la poitrine avec une brosse de chiendent.

4° Enfin dans la description des plaques peladiques, M. Coustan dit que, chez plusieurs soldats, elles avaient *l'aspect linéaire*. Or, on sait que c'est là le caractère fondamental des alopecies cicatricielles, et cela nous porte à penser que, dans ces cas, il s'agissait de taches alopeciques cicatricielles que l'épilation avait agrandies et qui arrivaient à simuler ainsi des plaques de pelade vraie.

On pourrait nous objecter qu'après tout nous n'avons pas assisté à l'épidémie de Montpellier et que les critiques que nous adressons au rapport du Dr Coustan sont mal fondées. Mais il existe une autre relation de la même épidémie, due à M. Bourguet, interne des hôpitaux de Montpellier, qui y observa un grand nombre de peladiques envoyés du 422^e de ligne. Or, des recherches qu'il a faites sur les antécédents des peladiques, l'auteur de cette note conclut que beaucoup d'entre eux étaient atteints avant leur arrivée au corps et que beaucoup de ces cas seraient passés inaperçus si on ne les avait soigneusement recherchés. Aussi M. Bourguet ajoute-t-il que la contagiosité de cette affection ne paraît pas démontrée, que l'épidémicité n'est pas certaine, et que ces faits paraissent démontrer qu'on a décrit sous le nom de pelade un certain nombre de maladies diverses dont la classification exacte réclame encore de nombreuses recherches.

Une autre épidémie régimentaire se trouve relatée dans le rapport de M. le Médecin Inspecteur Collin intitulé *La Pelade dans le Gouvernement militaire de Paris* (1888). En voici la description extraite du rapport du médecin-major de 1^{re} classe Millet, chef du service de santé du régiment des sapeurs-pompiers, daté de mai 1888. Ce rapport signale l'apparition de quelques cas à la caserne de la rue J.-J. Rousseau, puis d'autres cas aux casernes du Vieux Colombier, Château-d'Eau, Chaligny, Château-Landon. D'autres casernements ont paru absolument indemnes : Trocadéro, Sévigné, Port-Royal.

D'après M. Collin, on a grossi démesurément le chiffre des militaires réputés atteints de pelade par la mesure qu'on prescrivit de couper les cheveux ras à tous les hommes du régiment. De sorte qu'on a mis en observation à l'hôpital :

1° Des cas de pelade avérée.

2° Des cas simplement suspects : pelade mal déterminée ou affections similaires.

3° Des cas ne rentrant dans aucune des catégories précédentes (ces hommes furent presque immédiatement renvoyés dans leur corps. Mais cette classe était aussi nombreuse à elle seule que les deux autres réunies).

Défalcation faite des cas douteux, il y eut en somme pour tout le régiment des sapeurs-pompiers de Paris 20 cas de pelade avérée, dont une douzaine furent examinés par MM. Besnier et Fournier (Commission de l'Académie) qui confirmèrent le diagnostic de MM. les médecins-majors Millet et Vautrin. Ces cas furent isolés au Val-de-Grâce. Une première remarque faite par M. le Dr Collin, c'est que tous les infirmiers qui soignèrent les peladeux ont été reconnus indemnes, sauf deux cas dans le détachement du Val-de-Grâce et encore l'un de ces deux cas s'appliquait à un militaire qui, deux mois auparavant, avait déjà la pelade, étant caserné dans son régiment à la Nouvelle-France.

La cause de la transmission chez les sapeurs-pompiers parut avoir été surtout l'usage des objets de literie des postes disséminés dans la ville, les théâtres, etc (1)... et leur contact plus fréquent avec la population civile où, d'après M. Besnier, les cas de pelade furent progressivement fréquents à cette époque. Ce qui parut confirmer la réalité de ce mode de contagion, c'est que la plupart des sapeurs-pompiers furent atteints à la nuque et à la partie postérieure du crâne.

Nous ferons remarquer simplement, à propos de cette épidémie, que le nombre des peladiques authentiques se réduisit à une douzaine environ répartis dans 5 casernes différentes, ce qui, on en conviendra, ne peut guère constituer un foyer épidémique bien important.

(1) Un sapeur-pompier peladique que nous avons vu récemment au Val-de-Grâce, nous a dit qu'actuellement, en ce qui concerne les couchettes des postes disséminés, chaque homme avait une *têtière* à son usage exclusif qu'il emportait avec lui quand il était de garde, et qui était changée tous les mois. Quant aux objets de literie proprement dits, ils seraient également changés mais moins fréquemment.

Les mesures prophylactiques prises à ce moment furent : 1^o l'isolement des sapeurs-pompiers atteints, au Val-de-Grâce ; 2^o pour les autres, les coupes fréquentes de cheveux aux ciseaux désinfectés, l'interdiction de la tondeuse et l'usage d'objets de toilette personnels.

A la suite de cette épidémie, vers la même époque, par circulaire en date du 25 mars, M. le médecin inspecteur Collin a fait dresser la liste des cas de pelade dans le gouvernement militaire de Paris. En voici le résumé :

Paris

Garde républicaine	4 cas.
31 ^e de ligne	1 —
39 ^e —	3 —
46 ^e —	0 —
74 ^e —	0 —
76 ^e —	1 — (ancien).
101 ^e —	0 —
102 ^e —	1 —
104 ^e —	0 —
129 ^e —	2 —
6 ^e cuirassiers	1 —
14 ^e dragons	0 —
10 ^e —	2 —
1 ^{re} Cie de cavaliers de remonte	0 —
5 ^e Cie —	0 —
Batteries d'artillerie de la division	0 —
19 ^e escadron du train	6 —
1 ^{er} régiment du génie	0 —
20 ^e section secrétaires état-major	0 —
22 ^e section commis et ouvriers	4 —
22 ^e section infirmiers. Dépôt	0 —
22 ^e — Val-de-Grâce	2 —
22 ^e — Saint-Martin	0 —
22 ^e — Gros-Caillou	0 —

Versailles

1^{er} régiment du génie 5 cas (13 cas furent signalés. M. Collin les a vus, 8 au moins étaient douteux).

11 ^e d'artillerie	0 cas.
22 ^e —	0 —
3 ^e régiment de cuirassiers	6 — + 3 douteux.
20 ^e bataillon de chasseurs	1 —
19 ^e escadron du train	2 — + 1 douteux.
24 ^e section d'infirmiers	0 —
24 ^e — commis et ouvriers	0 —
3 ^e C ^{ie} d'artificiers	0 —

Il y avait en somme, 38 cas de pelade, défalcation faite des cas douteux, pour tout le gouvernement militaire de Paris, non compris le régiment des sapeurs-pompiers. Parmi ces cas un certain nombre date d'assez longtemps, de plus d'un an. Chez la majorité, la maladie date de quelques mois ou quelques semaines. M. Collin pense que ces cas récents forment le groupe épidémique actuel. On ne peut guère, d'après lui, admettre qu'il s'agissait d'une affection nerveuse ou liée aux mêmes conditions d'existence des individus atteints, puisque, par exemple, il existait un petit foyer (6 cas) au 3^e régiment de cuirassiers à Versailles, alors qu'il y a immunité au 6^e régiment de la même arme à Paris.

Comme suite à cette statistique, nous résumerons rapidement les données d'un travail de Feulard : *Le Favus et la pelade en France*, de 1887 à 1892, travail présenté au 2^e Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie en 1892 *.

Feulard reconnaît tout d'abord que c'est l'élément militaire seul qui peut donner ce genre de statistiques et il regrette à ce propos que les auteurs étrangers n'apportent pas les mêmes documents en ce qui concerne leur pays. Il résulte des renseignements que Feulard a puisés à la statistique médicale de l'armée, dirigée par M. le D^r Longuet que, pendant cette période de 5 années, la pelade a été toujours en augmentant en France, tandis que le favus tendait à décroître.

En 1888, outre l'épidémie des sapeurs-pompiers et les cas signalés plus haut pour le gouvernement militaire de Paris, d'autres corps d'armée ont été atteints.

II^e Corps d'armée. — Plusieurs cas dans les garnisons d'Amiens, La Fère, Compiègne, Beauvais, Péronne. Le 51^e de ligne (Beauvais et Péronne) eut à lui seul 50 cas. A Beauvais, la maladie débute par un homme arrivant du 45^e de ligne de Laon. Le caractère contagieux a été

bien démontré pour un cas très net de transmission par une brosse à cheveux, mais on incrimine plus souvent la tondeuse.

VI^e Corps (Est). —

146 ^e et 136 ^e de ligne à Toul.....	27 cas
25 ^e bataillon de chasseurs à St-Mihiel... ..	12 —
148 ^e de ligne à Verdun.....	5 —

A Saint-Mihiel, 6 cas sur 7 s'observent dans une seule baraque et sur des hommes appartenant à une compagnie qui avait eu trois mois auparavant un homme réformé pour cette affection.

Pour les autres corps, quelques cas furent signalés à Lyon, Nîmes, Nice, Cette et Bordeaux.

En 1889. — Les principaux foyers sont toujours Paris et le VI^e corps. A Paris, on observe environ 200 cas de pelade au Val de Grâce, sur lesquels 90 proviennent de l'École militaire, à savoir :

19 ^e escadron du train.....	37 cas
7 ^e régiment de cuirassiers.....	28 —
22 ^e — d'artillerie.....	11 —
28 ^e — d'infanterie.....	8 —
Autres corps.....	6 —

De mars à septembre 1889, le 102^e régiment d'infanterie, caserné à Lourcine, présenta 15 cas (Le 104^e qui le remplaça en fournit seulement 4 cas jusqu'en 1891).

Au 119^e d'infanterie, 10 hommes ont été atteints successivement ou simultanément après avoir couché à la salle de police.

II^e Corps. — Toutes les garnisons sont prises sauf trois : Senlis, Hirson, La Capelle. On relève en tout 160 cas, surtout fournis par :

17 ^e régiment d'artillerie à La Fère.....	35 cas
51 ^e de ligne à Beauvais.....	27 —
(en avait eu 30 l'année précédente).	
72 ^e de ligne détachement à Abbeville.....	14 —
8 ^e bataillon de chasseurs à Amiens.....	12 —
54 ^e de ligne à Compiègne.....	11 —
72 ^e de ligne à Amiens.....	9 —

Un grand nombre de cas, ajoute le rapport, s'observent chez des réservistes et chez de jeunes soldats arrivant au corps.

VI^e Corps. — 315 cas, mais c'est le corps qui a l'effectif le plus nombreux.

10 ^e cuirassiers à Vouziers.....	27 cas
148 ^e d'infanterie à Verdun.....	27 —
69 ^e — à Nancy.....	26 —
26 ^e — à Nancy.....	13 —

DAUZATS.

25 ^e bataillon de chasseurs à Saint-Mihiel.....	16 cas
10 ^e — — à Saint-Dié.....	14 —
132 ^e d'infanterie à Reims.....	14 —
9 ^e bataillon de chasseurs à pieds à Rocroi....	12 —
22 ^e dragons à Sedan.....	11 —

D'autres cas à Nîmes, Toulon, Montpellier, Castelnaudary.

En 1890. — Il y a eu 37 réformes pour pelade (il y en avait eu 28 en 1899). 6 de ces réformes ont été prononcées à l'arrivée au corps.

Paris est toujours très éprouvé. Ex. : au 82^e de ligne, une seule compagnie, à Poissy, a 44 hommes (sur 118) atteints de pelade en *mai* et *juin*. Le point de départ paraît être un homme chez qui l'affection avait récidivé.

II^e Corps. — 162 entrées à l'hôpital pour pelade.

51 ^e de ligne à Beauvais.....	51 cas
54 ^e — à Compiègne.....	35 —
45 ^e — à Laon.....	20 —

III^e Corps. — On observe comme l'année précédente quelques cas à Rouen et à Bernay.

VI^e Corps. — 610 cas dans toute l'année, et Feulard ajoute : *l'attention ayant été attirée sur la maladie en avril, une visite de santé générale en fit reconnaître simultanément 350 cas !!!*

Dans quelques autres villes on observe encore quelques foyers :

19 ^e de ligne, Brest.....	23 cas
(dans divers casernements).	

122 ^e de ligne, Montpellier.....	31 —
---	------

Libourne, 43 cas dont 26 en *juin*, ces malades provenant du 57^e de ligne se faisaient tous couper les cheveux et raser en ville.

Blidah (Algérie) : un cas concerne un homme qui, désigné pour remplacer comme ordonnance un de ses camarades entré pour pelade à l'hôpital, fit usage de la casquette de son prédécesseur ; 15 jours après, il commençait à présenter la pelade.

En 1891-1892 (6 derniers mois de 1891 et 5 premiers mois de 1892). — Voici avec le pourcentage le nombre de cas observés dans les divers corps d'armée :

CORPS D'ARMÉE	NOMBRE de l'effectif.	NOMBRE de malades.	PROPORTION pour 1,000 soldats.
Gouvernement militaire de Paris..	41.500	440	10,6
I ^{er} corps, Lille..	22.600	23	1,00
II ^e — Amiens.....	17.000	56	3,29
III ^e — Rouen.....	10.200	19	1,86
<i>A reporter.....</i>	91.300	538	

CORPS D'ARMÉE		NOMBRE de l'effectif.	NOMBRE de malades	PROPORTION pour 1,000 soldats.
<i>Report.....</i>		91.300	538	
IV ^e	— Le Mans.....	43.400	39	2,97
V ^e	— Orléans.....	46.700	88	5,26
VI ^e	— Châlons-sur-Marné...	80.000	315	3,93
VII ^e	— Besançon.....	28.000	47	1,68
VIII ^e	— Bourges.....	49.500	44	2,25
IX ^e	— Tours.....	20.400	27	1,32
X ^e	— Rennes.....	17.400	53	3,00
XI ^e	— Nantes.....	16.600	45	2,70
XII ^e	— Limoges.....	46.500	82	4,96
XIII ^e	— Clermont-Ferrand....	45.200	47	3,07
XIV ^e	— Lyon-Grenoble.....	39.700	96	2,41
XV ^e	— Marseille.....	28.300	57	2,01
XVI ^e	— Montpellier.....	49.200	34	1,77
XVII ^e	— Toulouse.....	46.800	63	3,75
XVIII ^e	— Bordeaux.....	47.750	66	3,71
XIX ^e	— Algérie-Tunisie....	68.500	93	1,35
		525.010	1734	3,30

— *Chiffre des entrées au Val-de-Grâce de 1885 à 1891 pour pelade.*

Année 1885.....	3 cas.
— 1886.....	6 —
— 1887.....	14 —
— 1888.....	146 —
— 1889.....	193 —
— 1890.....	182 —
— 1891.....	301 —

Feulard constate en passant que les corps d'armée les moins atteints au point de vue pelade sont précisément ceux où il y a le plus de favus. Il faut remarquer que les corps d'armée les plus atteints sont ceux qui ont pour centre une grande ville : la contagion de la pelade s'y ferait plus facilement.

Feulard cite enfin l'avis de quelques médecins sur le mode de transmission.

« M. Brousse, de Montpellier, se demande si le passage à différentes reprises des adultes dans les casernes (service actif — 28 jours — 13 jours) ne contribue pas dans une large mesure à la dissémination de la pelade à laquelle nous assistons aujourd'hui, et cela malgré toutes les précautions prises par nos camarades de l'armée ».

« Ce que je puis dire, écrit M. Spillmann, de Nancy, c'est qu'il y a

10 ans, la pelade était pour ainsi dire inconnue dans notre pays. A l'heure actuelle, il ne se passe pas de semaine que je ne sois consulté par un peladeux. M. Spillmann ajoute, pour confirmer l'opinion des médecins militaires qui incriminent la tondeuse, qu'il a pu contrôler ce fait par lui-même aux environs de chez lui où un coiffeur avait contaminé une dizaine de personnes à l'aide d'une tondeuse ».

Certes voilà des faits soigneusement rapportés par Feulard et qui ne laisseront pas que d'embarrasser les non-contagionnistes. Cependant, même dans la relation toute en faveur de la contagion qu'en fait Feulard, on peut relever quelques points faibles. En 1889, le rapport reconnaît qu'en ce qui concerne le II^e corps, « un grand nombre de cas s'observent chez des réservistes et chez des jeunes soldats arrivant au corps » et qui par conséquent n'ont pas été contagionnés tout au moins au régiment. En 1890, le VI^e corps présenta 610 cas dans toute l'année ; dont « 350 furent reconnus simultanément en avril, par une visite de santé générale » ? Voilà donc 350 cas de pelade, qui ont bien dû constituer par endroits des foyers épidémiques, lesquels, comme disait Bourguet (voir plus haut) n'auraient pas « existé », si on ne les avait soigneusement recherchés. Nous allons voir par l'analyse de la statistique médicale de l'armée des années 1892-93-94-95, que nous donnerons comme suite à celle de Feulard, que les épidémies de pelade dans l'armée ont été souvent exagérées et créées, pourrait-on dire, tantôt par les soldats, tantôt par les médecins.

3^e Statistique médicale de l'armée (Pelade). — ANNÉE 1892. — Il a été observé un chiffre de pelades un peu plus élevé encore qu'en 1891 ; 1,009 cas ont été traités à l'infirmerie (897 en 1891) et 985 à l'hôpital (1,002 en 1891), soit un total de 1,994 — (1,899 en 1891). 38 réformes ont été prononcées dont 5 avant l'incorporation.

La pelade réclame toujours un traitement *fort long* ; les cas traités à l'infirmerie, qui sont en général choisis parmi les moins graves, réclament une moyenne de 36 *jours* de traitement. A l'hôpital, certains cas exigent des soins pendant plusieurs mois.

Aucun corps d'armée n'en est exempt : le gouvernement militaire de Paris, le V^e et le XV^e corps d'armée en comptent le plus, et les III^e, IV^e, XVI^e corps, la division d'Alger en comptent le moins.

Le développement de la pelade paraît dans une certaine mesure sous la

dépendance des influences saisonnières; c'est en *mai, juin, juillet* qu'elle atteint son maximum.

Dans le Gouvernement militaire de Paris, la garnison de Versailles a été particulièrement éprouvée. *La disparition presque complète de l'épidémie du 5^e régiment du génie, lorsqu'on eût supprimé les congés de convalescence et installé pour les convalescents une sorte de sanatorium où ils subissaient certaines contraintes, a suggéré la pensée que la maladie avait dû, assez fréquemment, être contractée volontairement.* (Méd. Major de 1^{re} classe, V. Billet).

Dans le IV^e corps, les 36 cas observés appartiennent au XIII^e corps de troupe et 5 ont été présentés par de jeunes soldats au moment de l'incorporation.

Dans le XV^e corps, une grave épidémie est signalée sur la garnison de Nîmes, où le 38^e d'artillerie ne compte pas moins de 73 malades.

ANNÉE 1893. — Le chiffre des pelades observées est encore notablement supérieur à celui de 1,892 — 1,385 à l'infirmerie — 1,130 à l'hôpital — total 2,515.

Les réformes sont moins nombreuses; 17, dont 5 avant l'incorporation.

Tous les corps d'armée sans exception en présentent; les moins affectés sont les III^e, IV^e et XVI^e (comme en 1891) la division de Constantine et la Tunisie. — Les plus affectés sont le XIV^e corps, le Gouvernement militaire de Lyon et le XV^e corps. — Ce dernier était déjà un des plus éprouvés en 1891.

Le traitement est toujours fort long; la moyenne de séjour à l'infirmerie est de 38 journées. Le maximum a été de mai à juillet.

Dans le Gouvernement militaire de Paris, la pelade atteint le régiment de sapeurs-pompiers, qui a le plus de contacts intimes avec la population et qui trouve, dans la promiscuité des effets de literie des nombreux postes urbains, les conditions les plus favorables à la propagation.

Dans le II^e corps, la pelade s'observe épidémiquement à Laon, à Amiens puis à Compiègne, où le régiment est atteint après sa rentrée de Saint-Denis où il avait été détaché pendant quelque temps.

Les 25 cas observés dans le IV^e corps, où n'a été signalée aucune épidémie, se répartissent sur 9 corps de troupe, et les 11 cas relevés en novembre appartiennent *presque tous à des recrues.*

Dans le VIII^e corps, la pelade s'observe à Cosne et à Beaune, peu de temps après l'arrivée de la classe.

Dans le XIII^e, le 16^e d'artillerie à Clermont, compte à lui seul 50 cas, *y compris il est vrai un certain nombre de cas mal caractérisés.*

A Marseille, une épidémie de pelade a atteint 101 hommes au 141^e de ligne, dans le courant de mai (fort Grasse-Tilly). Deux compagnies,

occupant le même étage ont surtout été éprouvées. *La section hors rang et la musique n'ont pas présenté un seul cas.* Le premier peladeux hospitalisé est un perruquier de profession, appartenant à la compagnie la plus affectée, et qui, se faisant coiffer en ville, a rasé et tondu plusieurs hommes de la Compagnie, notamment des gradés, dont quelques-uns ont été atteints de pelade.

De plus, le perruquier en pied de la même compagnie trouvé porteur d'une plaque de pelade, a reconnu que ses cheveux tombaient depuis 2 mois. Au moment où la pelade sévissait avec cette intensité au 141^e, les autres corps de la garnison comptaient en tout 4 cas.

A Nîmes, théâtre d'une grave épidémie en 1892, le 38^e d'artillerie compte encore au printemps 28 peladeux *ou suspects*, hospitalisés ou tenus en observation dans un local d'isolement annexé à l'infirmerie.

Dans le XVII^e corps, à Agen où la pelade s'observe fréquemment sur la population civile, 43 cas ont été observés. Les cas graves se sont montrés rebelles aux diverses médications.

A Toulouse, s'observent 22 cas répartis dans les divers corps de la garnison.

Dans la division d'Oran, la pelade s'observe particulièrement aux régiments étrangers, aux zouaves, et au 2^e chasseurs d'Afrique. Dans ce dernier corps, le campement prolongé sous la tente, nécessité par l'épidémie de fièvre typhoïde, rendant plus difficile l'application stricte des mesures hygiéniques, favorisa la contagion qu'on vit s'exercer de tente à tente.

ANNÉE 1894. — Le chiffre des pelades observées est sensiblement inférieur à celui de 1893; 1,102 ont été traités à l'infirmerie et 1,167 à l'hôpital : soit un total de 2,269.

Il y a eu 16 réformes dont une avant l'incorporation. Tous les corps d'armée sans exception, en présentent. Les moins affectés sont les I^{er}, IV^e corps et la Tunisie. Le plus affecté est encore comme en 1893, le XV^e corps d'armée (Nîmes-Avignon) puis le VIII^e, la division d'Alger, etc.

Le traitement nécessite une moyenne de 33 jours à l'infirmerie.

Le chiffre des récidives 34, doit être considéré comme un minimum.

Le développement de la maladie a atteint son maximum d'avril à juillet.

La pelade est fréquemment observée chez les recrues qui deviennent parfois le point de départ d'épidémies dans les corps auxquels ils sont affectés; tel est le cas pour la garnison d'Auxerre où le 10^e de ligne, à la suite de l'importation par un jeune soldat, a subi une épidémie se chiffrant par 23 cas.

La division d'Alger doit son classement désavantageux qui est un fait anormal à une grave épidémie qui a sévi à partir de juin, au 1^{er} régiment

de zouaves. Le premier malade est un sous-officier, *qui avait pu pendant plusieurs mois dissimuler sa maladie* ; la pelade constatée quelques jours après sur plusieurs zouaves prend rapidement de l'extension, rendant nécessaire la création d'un lazaret d'isolement au Fort-l'Empereur. Après diverses alternatives, la maladie *disparaissait à l'issue des manœuvres* ; une nouvelle poussée constatée chez des jeunes soldats immédiatement isolés, n'eut pas de suite — 89 zouaves avaient été atteints. — On a pensé que l'habitude de s'assister entre eux pour l'application du turban n'avait pas été sans exercer une certaine influence sur la rapide diffusion du contag.

ANNÉE 1895. — Le chiffre des pelades observées est en *diminution* sur les exercices précédents : 2,145 dont 1,108 à l'infirmerie et 1,037 à l'hôpital. Il y a eu 32 réformes, dont 9 prononcées avant l'incorporation.

Tous les corps d'armée en présentent et toutes les armes sans exception (*la garde républicaine ne présente toutefois aucune entrée à l'hôpital ni à l'infirmerie*). Moyenne des jours de traitement à l'infirmerie : 33 journées — Récidives : 39.

Dans le Gouvernement militaire de Paris, une épidémie assez importante a été observée en mai au 4^e régiment de chasseurs à Saint-Germain ; 16 hommes ont dû être hospitalisés.

Comme en 1894, la garnison d'Alger a présenté un assez grand nombre de pelades : 45 (premier cas le 14 février) dont 27 au 1^{er} régiment de zouaves ; dans ce corps s'est manifesté un mouvement épidémique très net de juillet à septembre. Les malades étaient réunis au Fort-l'Empereur où, isolés du reste de la garnison, ils étaient soumis aux exercices et aux travaux communs. A partir du 10 novembre, l'obligation où on se trouve de loger au fort une partie de la batterie d'artillerie montée, provoque l'évacuation des malades restants sur l'hôpital du Dey. *Les artilleurs ne présentèrent aucun malade*. En outre des zouaves, 6 détenus étaient atteints à la prison militaire (dont 4 en décembre) un ouvrier d'Administration, puis un malade en traitement pour une autre affection à l'hôpital du Dey.

En ce qui concerne les zouaves, l'origine de la maladie remonte évidemment à l'épidémie de 1894 et s'explique par la *mise en action de germes préexistants, sous des influences impossibles à définir*. — A la prison militaire, la maladie a été importée par un homme arrivant de congé de convalescence ; *la contagion provoquée ou non a fait le reste*.

A Fort National, c'est également au début de l'année, en février, qu'on signale l'éclosion de la pelade dans le bataillon de zouaves venu d'Alger après les manœuvres. Le premier cas était une récurrence chez un homme atteint à Alger en 1894. Les atteintes sont d'abord discrètes jusqu'au

20 mars où éclate une véritable épidémie ; l'hôpital reçoit en une semaine 30 peladeux en traitement.

Tous les malades atteints de pelade sont alors évacués sur une caserne inoccupée où, comme à Fort-l'Empereur, le régime commun leur est appliqué, *et cette mesure amène de même la disparition définitive de l'épidémie*, qui avait donné lieu à 43 cas. *« Cette coïncidence réitérée est trop singulière pour que, dans l'extension de la pelade parmi les hommes de ce détachement, on ne soit pas porté à faire jouer un rôle à leur propre intervention ».*

A Médéah, une petite épidémie de pelade sévit parmi les zouaves du détachement pendant le mois d'août. Du 1^{er} au 18, 13 malades sont hospitalisés et isolés ; à la fin du mois les peladeux sont installés dans les locaux de la caserne Camon, et le 4 septembre tous sont évacués sur Fort-l'Empereur. *Depuis le 18 août on ne relève plus que 3 atteintes*, en septembre, dont une sur un spahi indigène. L'épidémie de Médéah semble n'être qu'un foyer secondaire de l'épidémie d'Alger.

Voici donc les statistiques de quatre années qui paraissent au premier abord fournir des preuves convaincantes en faveur de la contagiosité et de l'épidémicité de la pelade, par les quelques foyers épidémiques qu'elles signalent. En y regardant d'un peu plus près cependant, on s'aperçoit qu'il y a lieu de formuler quelques réserves à leur sujet. Déjà, à propos de l'épidémie de Montpellier, rapportée plus haut, nous faisons pressentir que le chiffre des soldats atteints avait bien pu être grossi par plusieurs cas de pelade artificielle ou simulée. C'est ce que reconnaît implicitement cette constatation, faite plusieurs fois dans les statistiques précédentes, que *l'épidémie s'arrête dès qu'on a supprimé les congés de convalescence ou dès qu'on a établi* « une sorte de sanatorium, où les peladiques sont soumis à certaines contraintes, aux exercices et au régime commun. » Ollivier, faisant allusion à ce fait curieux, que plusieurs élèves renvoyés d'une école où il y avait eu une épidémie de pelade, n'avaient pas transmis la maladie dans leur famille, disait, répondant à Hardy : « Singulière contagion qui cesse dès que les individus malades quittent le foyer épidémique. » Ne pourrait-on pas penser aussi pour les épidémies militaires : singulières épidémies qui éclatent toujours dans les semaines qui précèdent les manœuvres, c'est-à-dire la période la plus fatigante que nombre de soldats cherchent à éviter, qui décroissent toutes seules dès

qu'on se montre moins tendre pour les peladiques, qui disparaissent enfin avec la fin des manœuvres. Les médecins militaires, qui ont fait eux-même ces constatations, reconnaissent, pour expliquer ces faits, que les soldats avaient dû assez fréquemment contracter volontairement la pelade et voilà, dira-t-on, encore une preuve de la contagiosité de cette maladie. Or, il semble difficile que des soldats aient trouvé le moyen de se contagionner, alors que nombre de savants médecins ont essayé vainement d'inoculer la pelade à des animaux, à des enfants (Horand), à eux-mêmes (Jacquet). En admettant même que fréquemment cette contagion provoquée ait eu lieu, cela prouverait seulement que le pouvoir d'expansion de la pelade est bien faible, puisqu'il ne suffirait pas d'être au milieu d'un foyer pour être atteint, mais qu'il faudrait encore le vouloir (la contracter volontairement).

Et voici la conclusion qu'on peut tirer de tous ces faits : c'est que si les soldats, dans nombre de cas, n'avaient pas eu un intérêt quelconque à avoir la pelade, ils ne l'auraient pas présentée et dans ces conditions on n'aurait pas noté d'épidémies.

Nous relèverons encore quelques faits contradictoires dans ces statistiques. Celle de l'année 1893 nous dit que, dans le Gouvernement militaire de Paris, la pelade atteignit surtout les sapeurs-pompiers, à cause des contacts intimes qu'ils ont avec la population. Celle de l'année 1895 signale que « la garde républicaine ne présente aucune entrée à l'hôpital ou à l'infirmerie. » Cependant les gardes républicains aussi ont des contacts intimes avec la population civile ; de plus beaucoup d'entre eux sont mariés, ont des enfants qui peuvent présenter la pelade ; par conséquent ils seraient encore bien plus que les sapeurs-pompiers sujets à en être atteints. Et on n'y mentionne *pas un cas*, pas un cas du moins qui ait nécessité l'entrée à l'infirmerie ou à l'hôpital.

Autre contradiction : la statistique de 1895 dit, à propos d'une épidémie dans la garnison d'Alger ayant sévi surtout au 1^{er} régiment de zouaves : « En ce qui concerne les zouaves, l'origine de la maladie remonte évidemment à l'épidémie de 1894 et s'explique *par la mise en action des germes préexistants, sous des influences impossibles à définir*, » Cela suppose que les germes de la pelade jouiraient du

pouvoir contagieux à distance, pourraient se transmettre par l'air. Outre que cela est tout à fait en désaccord, même avec les théories parasitaires actuelles les plus solides, comment concilier cette explication avec le fait, noté un peu plus haut dans la même statistique, qu'un détachement d'artillerie qui vint occuper les locaux précédemment affectés aux peladiques, ne présenta pas un seul cas.

Les statistiques reconnaissent encore que, sur le chiffre de peladiques dans certaines garnisons, il y en avait quelques-uns de douteux et beaucoup dont la pelade était constatée à l'arrivée au corps et qui devaient être défalqués par conséquent des épidémies qui ont pu survenir plus tard.

Notons aussi que la pelade, qui a été en augmentant dans l'armée de 1888 à 1893, commence à diminuer à partir de l'année 1894. Enfin un fait nous a frappé et cela d'une façon constante dans les statistiques de ces quatre années. La moyenne des journées de traitement des peladiques à l'infirmerie varie de 33 à 38 et on estime cette durée « fort longue ». Or, on sait que la pelade vraie est au contraire une affection qui nécessite d'une façon constante plusieurs mois de traitement pour arriver à guérison complète.

Nous ignorons si les peladeux soignés à l'infirmerie étaient renvoyés dans leur corps, complètement guéris ou simplement en repousse ; mais nous savons bien que beaucoup d'éminents dermatologistes voudraient bien connaître un moyen d'assurer à leurs malades la guérison certaine dans une moyenne minima de deux mois.

Nous ne prolongerons pas plus longtemps cette discussion, qui montre suffisamment, croyons-nous, que le pouvoir épidémique et contagieux de la pelade a été considérablement exagéré par la statistique médicale de l'armée et cela probablement parce que de nombreux cas classés comme pelades n'étaient que des alopecies artificielles, ou rentraient dans la classe si nombreuse des fausses pelades que nous aurons bientôt à envisager.

Ce qui nous confirme encore dans cette opinion, ce sont les faits suivants, à nous communiqués et affirmés de la façon la plus formelle par M. le Dr Sabouraud qui en a été lui-même le témoin attentif.

M. Sabouraud a été appelé à examiner de près deux prétendues épi-

démies ayant sévi la première sur la garnison de Cherbourg (1894), la seconde à la caserne de Babylone à Paris, tout récemment. Dans la première épidémie, on avait isolé 83 soldats comme étant atteints de pelade. Or, l'examen très minutieux que fit M. le Dr Sabouraud réduisit à 13 le nombre des cas qui furent envoyés à l'hôpital. Sur ces 13 soldats, 4 étaient atteints d'alopécies douteuses ; les 9 restants seuls présentaient une pelade caractérisée et sur plusieurs d'entre eux l'alopécie était ancienne et avait débuté bien avant leur arrivée au régiment. Enfin ces 9 peladiques n'étaient ni du même régiment ni du même casernement ; c'est dire qu'il n'y avait là aucun foyer épidémique.

Dans le second fait, M. le Dr Sabouraud eut à examiner 13 soldats, isolés comme peladiques, à la caserne de Babylone. Deux seulement avaient une pelade vraie et furent envoyés au Val-de-Grâce, où nous les avons vus. Or l'un d'eux, comme nous le dirons plus loin, avait déjà eu la pelade antérieurement à son arrivée au régiment, et s'il est vrai qu'ils provenaient de la même chambrée, ils nous ont affirmé n'avoir jamais changé de képi ni s'être servis d'objets de toilette communs, en somme n'avoir eu aucun contact immédiat.

En compulsant les *Annales de Dermatologie*, nous avons trouvé quelques autres relations d'épidémies de pelade.

Bourguedieu (*Histoire d'une épidémie de pelade survenue au 15^e Dragons à Libourne*, Bordeaux, novembre 1889) relate des faits dans lesquels la réalité de la pelade est loin d'être démontrée. En effet, on remarqua au moment de cette affection épidémique, que plusieurs chevaux perdaient leurs poils par plaques. Or un maréchal-ferrant et un aide-vétérinaire furent atteints, ainsi qu'une quarantaine de cavaliers, à l'exclusion absolue des officiers et des sous-officiers. Ce dernier fait n'est-il pas significatif et tout en faveur d'une trichophytie animale transmise aux soldats, qui avaient forcément à soigner des chevaux, alors que cette obligation n'incombait pas aux sous-officiers ni aux officiers qui furent tous épargnés. Le rapport dit bien que l'examen des poils des chevaux fut fait par Arnozan, de Bordeaux, et qu'on les trouva sans parasites ; mais cet examen eut lieu deux mois après l'épidémie (en octobre) et alors que les chevaux étaient en

pleine mue. Aussi ne peut-on accorder aucune valeur probante à cette prétendue épidémie de pelade.

Eichhoff (*Monatssch. f. prakt. Dermat.*, 1880) admet d'après une statistique de 36 cas que la pelade est tantôt une trophonévrose, tantôt une affection parasitaire. Sur ces 36 observations, 10 de ses malades, clients du même perruquier, avaient vu leur maladie débiter peu de temps après avoir reçu ses soins. Pour 11 autres, la contagion n'était que *vraisemblable*. Dans 3 cas, on pouvait admettre une origine nerveuse; enfin dans 12 cas l'étiologie n'a pu être élucidée.

Nous citerons encore deux observations d'épidémies d'école.

La première (1888) à la vérité, ne mérite pas le nom d'épidémie, mais a été rapportée par M. le Dr Toledano, médecin-inspecteur des établissements scolaires de la ville de Paris, comme preuve indéniable de la contagiosité de la pelade. Il s'agit d'un enfant peladique admis dans un collège de Paris sur l'affirmation d'un médecin des hôpitaux que sa maladie n'était pas contagieuse. Quelques mois après, on la vit survenir chez trois autres élèves de la même classe. Les quatre enfants furent immédiatement renvoyés et on ne vit plus d'autres cas de pelade.

La deuxième observation est rapportée par J.-T. Bowen : (Two epidemics of alopecia areata in an asylum for girls, *Journal of cutan. diseases*, septembre 1899).

Une fille de 11 ans, qui depuis huit ans habitait un orphelinat, présente un jour plusieurs plaques de pelade typique; quelques jours après, on trouva des plaques analogues chez une autre jeune fille; 4 mois plus tard, sur 67 enfants de l'orphelinat, 63 présentaient des plaques de pelade. Dans l'ensemble, l'épidémie était caractérisée par la petite dimension des plaques, leur forme *irrégulière* et souvent *angulaire* et *linéaire*; cependant dans un certain nombre de cas et notamment les deux premiers, les plaques étaient rondes et fort larges. Au bout de deux mois, les cheveux commencèrent à pousser chez tous les enfants.

La jeune fille qui avait eu la pelade la première, quitta l'orphelinat et n'y revint que six ans après le début de la première épidémie. On ne peut pas savoir si à ce moment elle était ou non complètement guérie, mais pendant son absence, il était survenu un cas de pelade chez un adulte dans la famille où elle vivait. Un mois après sa rentrée, une autre enfant

avait la pelade et, 4 ou 5 mois plus tard, 26 enfants sur 45 avaient des tâches alopéciques offrant les mêmes caractères que dans la première épidémie. Cette deuxième épidémie guérit comme la première. Il est à remarquer que, dans l'intervalle, il n'y avait pas eu de pelade dans l'établissement.

Voilà encore une observation sujette à caution : il est bien probable que dans ce cas, comme dans bien d'autres, une visite générale des cuirs chevelus aura fait ranger dans la catégorie pelade un grand nombre d'alopécies cicatricielles, comme en témoigne la description des plaques alopéciques *linéaires* et *angulaires*.

On s'est encore appuyé, pour démontrer la nature contagieuse de la pelade, sur l'inégalité de répartition géographique de cette affection. On voit là un caractère commun avec les teignes et avec toutes les maladies à contagion en général. Nous trouvons dans le rapport de M. Besnier quelques chiffres à cet égard. A Lille (M. Leloir) la proportion des peladiques, par rapport aux autres malades atteints d'affections cutanées, serait de 3 p. 100. A Hambourg (M. Unna), de 1/2 p. 100 seulement. A Lyon (chiffres de l'hôpital de l'Antiquaille), 0,6 p. 100. A Vienne, ce rapport varie entre 0,5 et 1 p. 100. A Berlin, même chose, environ 1 p. 100. A Paris, les chiffres de M. Besnier donnent un rapport de 3 p. 100 environ et cet auteur conclut en disant qu'il y a en somme « eu égard à la fréquence comparée de la pelade, des écarts de proportion variant de 1 1/2 à 3 p. 100, ce qu'on ne trouverait certainement pas pour une affection trophonévrotique pure, laquelle n'aurait aucune raison d'être plus fréquente à Paris qu'à Vienne, à Lille qu'à Hambourg, etc... »

D'une façon générale, ce pourcentage est donc plus fort en France qu'à l'étranger, où la nature nerveuse de la pelade est surtout admise. Mais d'un autre côté, on s'aperçoit que la pelade est devenue une affection extrêmement fréquente depuis quelques années. « Ce fait, dit M. Brocq, qui est considéré par les contagionnistes comme une preuve de la transmissibilité de la maladie, peut tout aussi bien être expliqué par la fréquence croissante de toutes les maladies nerveuses. Les prurits divers, les prurigios diathésiques, les névrodermites ne sont nullement des dermatoses contagieuses, et cependant elles augmentent

de fréquence depuis quelques années dans des proportions réellement considérables. Remarquons, en outre, *que c'est surtout depuis que l'on prend à l'égard des peladiques de rigoureuses mesures d'isolement que leur nombre s'est accru.* »

4° Conclusion. — La conclusion qui paraît se dégager de cet ensemble de faits au premier abord si contradictoires c'est : 1° que la contagiosité de la pelade, si elle existe, est limitée; 2° qu'il faut faire les plus expresses réserves sur la réalité des épidémies de pelade. Les observations les plus nettes en faveur de la contagion se rapportent toujours, en effet, à deux ou trois cas seulement, et M. Sabouraud affirme, dans son article « pelade » du « *Traité des maladies de l'enfance* », n'avoir jamais pu suivre la filiation de plus de deux cas.

Au contraire, chaque fois qu'il s'agit d'une épidémie et que cette épidémie est relatée avec suffisamment de détails concernant son début, son évolution, les caractères des plaques alopeciques observées, etc..., on s'aperçoit, ou bien que le nombre des cas, d'abord classés comme pelade, a été considérablement exagéré, ou bien qu'on a confondu avec l'alopecie peladique des alopecies cicatricielles surtout. Et quand on songe au grand nombre des fausses pelades qui ont été mises en relief pendant ces dernières années, on ne peut se défendre d'y chercher la cause et la justification des affirmations des contagionnistes.

CHAPITRE III

Causes qui ont rendu la question confuse

A. — Fausses Pelades

Nous venons de montrer que les arguments des partisans de la contagion de la pelade n'étaient pas à l'abri de toute critique de la part de la doctrine non-contagionniste.

S'il est impossible, à l'heure actuelle, à un esprit non prévenu d'adopter exclusivement l'une ou l'autre de ces opinions, du moins peut-on chercher à se rendre compte des causes qui ont rendu la question si confuse. Ces causes résident surtout dans la compréhension plus ou moins large accordée par les médecins au terme pelade. Toutes les alopecies ne sont pas de la pelade et il ne faut désigner sous ce nom que « l'*alopecie* en aires essentielle, n'ayant été précédée d'aucune lésion banale qui permette de l'expliquer » (Sabouraud).

Cela revient à dire qu'il faut éliminer de la pelade vraie tout un groupe de fausses pelades : alopecies infectieuses de causes générales, alopecies cicatricielles traumatiques, alopecies cicatricielles consécutives à des lésions inflammatoires sur lesquelles a surtout insisté M. le Dr Sabouraud.

Il faut y ajouter encore les alopecies diffuses progressives dues à la calvitie vulgaire (Sabouraud), et tout le groupe des pseudo-pelades créé par M. Brocq, et qui comprennent sa pseudo-pelade et les folliculites dépilantes cicatricielles.

Voilà donc de multiples causes d'erreur dans le diagnostic de la pelade et ces erreurs peuvent entraîner, comme nous le démontrerons par quelques observations, des interprétations fausses de la nature de la pelade. Ce sont ces alopecies pseudo-peladiques rencontrées concomitamment chez une personne en contact avec un peladique qui ont pu souvent faire croire à un cas de pelade contagieuse. Pour qu'il ne subsiste aucune ambiguïté, nous donnerons une description sommaire

de chacune de ces alopecies pseudo-peladiques et nous la ferons suivre des observations qui s'y rapportent.

1. Alopecie en aires, post-impétigineuse. — Chez un jeune enfant, il survient un ou plusieurs placards d'impétigo. Il reste sur chacun d'eux une croûte, qui plusieurs semaines après la poussée d'impétigo, tombe avec les cheveux qu'elle emprisonne et laisse à sa place une surface glabre. Cette surface a une forme assez régulière, mais à bords un peu sinueux, où les cheveux viennent facilement à la traction, pâles, avec un bulbe blanc et sec. Cette plaque alopecique ne prend guère d'extension et après être restée atone 5 à 6 semaines, se recouvre de follets. L'enfant porteur de ces plaques passe souvent pour un peladique et un traitement quelconque amenant la repousse, l'illusion est complète. Supposons maintenant, ce qui est le cas journalier, que dans une classe plusieurs enfants aient des lésions impétigineuses. Ces lésions, contractées vers la même époque, laisseront leurs traces alopeciques en même temps et il n'en faudra pas plus pour créer une épidémie de pelade. Si cependant on regarde avec attention les enfants soupçonnés, on reconnaîtra qu'ils portent sur le cuir chevelu de nombreuses petites plaques disséminées, ovalaires, mais à bords sinueux et un peu irréguliers, à peu près égales en diamètre (2 ou 3 cent.) et dont « aucune ne prend les proportions d'une plaque maitresse » (Sabouraud). En recherchant plus attentivement on retrouvera souvent une croûte, une lésion impétigineuse nasale ou rétro-auriculaire. Enfin l'interrogatoire des parents établira souvent qu'il y a un mois à 6 semaines, il y a eu une poussée d'impétigo. Et l'on ne peut s'empêcher de conclure avec M. Sabouraud que « voilà certes une affection de diagnostic facile, dont la cause, la nature, l'évolution sont connues, qui n'est pas contagieuse, pas autrement du moins que l'impétigo. Il importe donc essentiellement de ne pas la méconnaître. On voit journellement des médecins refusant de donner des certificats de non contagion pour cette alopecie en aires, si bénigne, parce qu'ils croient à de la pelade contagieuse ».

Voici une première observation de fausse pelade qui n'était en réalité qu'une alopecie post-impétigineuse.

Georges B..., 3 ans (Asile école communale rue de l'Ouest), renvoyé de l'école le 15 avril, comme atteint de pelade, vient à la consultation de la Rochefoucauld, le 17 avril. Cet enfant ne présente que des plaques alopéciques cicatricielles traumatiques et post-impétigineuses, remontant à un an. Comme il portait les cheveux longs auparavant, on ne s'en était pas aperçu à l'école; ce n'est qu'à la rentrée des vacances de Pâques, après une coupe de cheveux, qui mit en évidence ces plaques alopéciques, qu'il a été refusé à l'école. On lui délivre un certificat d'admission.

II. Alopecie post-furonculeuse. — Elle s'observe surtout dans la 2^{me} enfance, jusqu'au delà de la puberté, mais avec une fréquence décroissante à partir de cet âge. Un petit furoncle naît sur un point quelconque du cuir chevelu, il en survient d'autres qui évoluent successivement laissant chacun, après plusieurs semaines, une tache alopécique. Cette plaque est toujours petite, complètement ronde et glabre, présente en son centre une petite cicatrice étoilée, un peu déprimée, lisse, du diamètre d'une tête d'épingle et de couleur rouge violacée. Les cheveux, quand on surprend leur chute, viennent à la moindre traction; ils ont leur racine souvent contournée en crosse et un bulbe normal. Le diagnostic avec la pelade est facile: ou bien on trouve d'autres furoncles en évolution en même temps que les plaques alopéciques, ou bien on constate nettement les cicatrices violacées, ou bien enfin, si ces deux signes manquent à la fois, la petitesse, la multiplicité et surtout l'égalité des plaques entre elles permettront d'éliminer la pelade.

Voici maintenant une observation (personnelle) de prétendue contagion entre une enfant peladique et une autre fillette présentant une tache alopécique post-furonculeuse.

Henriette P..., 11 ans, élève de l'école communale de B..., vient le 10 décembre 1900 à la polyclinique des maladies de peau à La Rochefoucauld. Elle présente une plaque de pelade grande comme 2 fr., à la région temporale droite, aperçue depuis 15 jours, non encore traitée. La mère soupçonne une autre élève de la même école d'avoir contagionné sa fille.

Visite à l'école communale de B..., le 11 décembre 1900.

M^{me} la Directrice nous montre la petite Anna B..., âgée de 13 ans, soupçonnée d'avoir contagionné Henriette P...

Cette enfant présente une petite plaque alopécique large comme une lentille, existant depuis 3 mois. A cette époque il s'est produit à l'endroit de la tache alopécique actuelle, une légère inflammation consécutive à une écorchure par une épingle à cheveux. Croûte impétigineuse ou furonculaire au bout de quelques jours et quelque temps après (probablement en voulant enlever la croûte), la mère de la petite Anna B. a arraché quelques cheveux. La plaque alopécique est restée telle quelle sans augmenter de dimensions. Les cheveux sont solides au pourtour, elle est centrée par une petite cicatrice blanche et nacrée, vestige de la piqure primitive ou du petit furoncle qui l'a suivie. Absolument rien sur tout le reste de l'étendue du cuir chevelu.

Une autre petite fille, Sp. . . , âgée de 8 ans, présentée par la Directrice, ne présente qu'une petite plaque irrégulière où manquent quelques cheveux qui ont dû être arrachés à cet endroit (préauriculaire) où le peigne tire beaucoup sur les cheveux. Même état de l'autre côté.

Le même jour, nous voyons la petite sœur de la peladique, âgée de 3 ans (à l'asile) qui couche régulièrement avec sa grande sœur ; elle ne présente rien au cuir chevelu. Un frère, âgé de 10 ans, n'a rien. Une petite nourrissonne, âgée de 2 ans, n'a rien.

La petite Henriette B. . . est retournée en classe quelque temps après, sur le vu d'un certificat d'admission, signé par M. Darier. Aucun nouveau cas de pelade ne s'est produit depuis dans son école.

Voici maintenant une observation très nette de fausse contagion familiale (pelade et alopecies post-furonculeuses) que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Dr Sabouraud :

M. Ch. B. . . , 50 ans, *minus habens*, neurasthénique à phobies, obligé d'abandonner sa profession (boutiquier à Amiens) — présente une pelade ophiasique type avec repousse lente partielle de cheveux blancs nacrés et de lanugo — L'évolution de sa pelade dure depuis 5 ans. Ce malade a été vu par le Dr Brissaud au point de vue de son état nerveux. M. Sabouraud le soigne pendant un an avec résultat médiocre, quoique appréciable, mais la guérison est incomplète et contrariée par plusieurs récidives tenaces. Pendant les vacances, sa fille et sa femme viennent consulter M. Sabouraud (mère : 40 ans, fille : 11 ans), parce qu'elles se croient atteintes à leur tour de pelade.

La mère s'est découvert un point dépilé sur le sommet de la tête. La fille présente quatre points alopéciques presque en bordure de la tempe gauche. Ces points, aussi bien chez la mère que chez la fille, présentent encore à leur pourtour des cheveux morts, mais non peladiques. Ces

cheveux, de diamètre égal et de couleur foncée, quand on les enlève de la peau, montrent leur bulbe pileux mort recourbé en crosse, ce que M. Sabouraud considère comme caractéristique du cheveu tué à distance d'une suppuration voisine. Chacun de ces points alopeciciés présente en son centre une cicatrice visible. Les commémoratifs, très faciles à retrouver et très précis, montrent que chaque point de dépilation a été consécutif à quatre semaines d'intervalle, à un furoncle local peu douloureux, ayant donné lieu chacun à l'issue d'un peu de pus. Sur l'un des points, la croûte consecutive reste encore feutrée par les cheveux morts du voisinage et vient avec eux. C'est le type de l'alopecie post et péri-furunculueuse prise pour une pelade, par suite de la concomitance d'une pelade dans la famille.

Encore un cas d'alopecie post-furunculueuse considérée comme pelade et ayant entraîné le refus à l'école (Obs. personnelle).

Gaston J..., 11 ans, vient à la consultation de M. le Dr Thibierge, à la Pitié, le 2 mars 1901. Il présente des cicatrices de folliculites multiples caractérisées par de nombreuses taches rosées centrées chacune par une macule irrégulière violacée. Il est sorti depuis 15 jours de l'hôpital des Enfants-Malades, où il a eu une fièvre typhoïde. Cet enfant a été refusé à l'Ecole communale sous prétexte d'affection contagieuse. La mère demande un certificat d'admission que lui signe M. le Dr Thibierge.

« On ne saurait croire, dit M. Sabouraud, combien le faux diagnostic de pelade est fréquent dans ces cas et combien d'enfants on prive de l'école inutilement à cause de ces dépilations post et péri-furunculueuses. Du nombre des enfants renvoyés de l'école avec le diagnostic de pelade, si l'on extrayait les cas d'alopecies post-impétigineuses et post-furunculueuses, le total serait diminué des neuf dixièmes ».

III. Alopecies en aires consécutives aux abcès. — On peut voir survenir, chez les enfants, à la suite d'impétigo ou de traumatismes, de petites collections suppurées de volume variable qui entraînent quelquefois, après leur ouverture spontanée ou chirurgicale, une alopecie en aire tout à fait peladoïde d'aspect, n'était la cicatrice centrale qui permettra toujours d'en définir l'origine. Seule une cicatrice consecutive à une application caustique sur une plaque de

pelade vraie pourrait entraîner la confusion. Mais les commémoratifs feront éviter l'erreur.

IV. Alopécie post-traumatique. — A côté du cas où un traumatisme violent du cuir chevelu entraîne une cicatrice blanche, nacrée, souvent gaufrée et de contours plus ou moins angulaires, le plus souvent linéaires, il existe, d'après M. Sabouraud, des cas où la moindre contusion peut déterminer sur certains cuirs chevelus prédisposés des taches alopéciques rondes comme dans la pelade et dont la peau semble au premier abord peu altérée. Souvent cependant sur cette plaque, on trouvera en la cherchant bien une cicatrice centrale qui permettra d'ajouter foi aux commémoratifs de traumatisme racontés par les parents, et auxquels, en général, les médecins ne font guère attention.

A ce propos nous citerons l'observation suivante qui montre nettement qu'il ne faut pas s'en rapporter seulement aux déclarations que vous font la plupart des peladiques lorsqu'on les interroge sur l'origine de leur affection.

M^{me} G..., 23 ans, repasseuse, vient au mois de mars 1901 à la consultation de La Rochefoucauld. Elle présente deux plaques de pelade à la région occipitale, l'une grande comme une pièce de 1 fr., l'autre comme une pièce de 0 fr. 50, apparues depuis une quinzaine de jours. Ces plaques ont subi un commencement de traitement (rasage et applications de teinture d'iode et chloroforme).

Antécédents personnels. — Aucune maladie sérieuse antérieure. Mais la malade est depuis plusieurs années anémique à un degré moyen. Bien réglée, elle voit peu. Elle a des migraines environ tous les 25 jours, surtout violentes au moment de la menstruation. Digestions quelquefois pénibles; assez bonne dentition.

La malade est mariée et n'a pas d'enfants. Son mari ne présente absolument rien. Elle travaille dans deux ou trois ateliers de repassage comptant chacun une dizaine d'ouvrières, mais ne connaît et ne soupçonne aucune de celles-ci comme peladique. S'est faite coiffer une seule fois, mais il y a longtemps, au mois de juin 1900, par le coiffeur. Elle raconte qu'un de ses cousins, le jeune V..., âgé de 13 ans, est venu passer une journée chez elle aux vacances du 1^{er} de l'an. Cet enfant présentait à ce moment, suivant la malade, une plaque alopécique qu'il attribuait à un

coup de pioche. Or, il a accroché son chapeau à une patère où se trouvait un fichu que la malade a l'habitude de se mettre sur la tête, et M^{me} G..., pense qu'elle a contracté la pelade de son cousin. Nous voyons quelques jours après le jeune V..., à l'école de F..., il nous dit, en effet, avoir reçu un coup de pioche sur le sommet de la tête et avoir eu à cet endroit une petite plaque alopécique; au moment où nous l'examinons, nous ne trouvons que la trace de cette plaque au niveau de laquelle quelques cheveux viennent encore facilement à la traction. Cette plaque n'a jamais été soignée, ni remarquée par le directeur de l'Ecole qui nous affirme qu'aucun autre enfant n'a eu la pelade ces derniers temps. Nous concluons que l'enfant V... n'ayant pas eu la pelade n'a pu contagionner M^{me} G...

En poursuivant l'enquête jusqu'au bout, nous établissons, ce nous semble, un fait de non contagion, qui aurait pu être classé, par un examen plus superficiel, comme fait démontrant la contagiosité de la pelade.

V. Peladoïde en aire unique atrophodermique. — Il existe encore une variété de fausse pelade que M. Sabouraud a décrite sous le nom de *peladoïde en aire unique atrophodermique*. Elle est caractérisée par l'existence d'une plaque ronde, unique, sur laquelle les cheveux se sont arrachés en une touffe, et dont les bords se laissent épiler sans douleur à la moindre traction. La peau ne présente aucune trace d'inflammation récente, ni croûte, ni rougeur, ni cicatrice. Au bout de peu de temps, cette peau devient affaissée, et cette atrophie dermique, très prononcée, au point que, même à la loupe, les orifices folliculaires sont à peu près invisibles, est la principale caractéristique de cette forme d'alopecie. La plaque dure de 3 à 6 mois sans grandir, sans diminuer, puis des follets grêles apparaissent et la repousse s'ensuit. M. Sabouraud n'a jamais observé que cette forme fût contagieuse.

Voilà donc tout un groupe de fausses pelades très fréquentes chez l'enfant qui guérissent rapidement et facilement, et que nombre d'auteurs et de médecins confondent avec la pelade essentielle, vraie; qui a une évolution beaucoup plus lente et rebelle au traitement.

VI. Phobie de la pelade. — Il faut encore mentionner ce qu'on pourrait appeler des cas de phobie de la pelade, entraînant le plus

souvent une pelade artificielle. Nous nous expliquons : dans une famille, un enfant, par exemple, présente une plaque de pelade vraie ; immédiatement les parents examinent les têtes de leurs autres enfants et souvent leur propre cuir chevelu. A la moindre petite tache un peu plus claire que les régions environnantes, imbus de cette idée que l'épilation est nécessaire pour arrêter l'extension du mal imaginaire dont ils se croient atteints, ils épilent, souvent avant d'avoir même consulté le médecin, la petite zone claire qu'ils ont remarquée. L'influence traumatique aidant, ils ont bientôt réalisé une petite aire alopécique sur laquelle ils s'empressent d'appliquer les diverses préparations qui ont été prescrites pour le premier malade. Puis ils se présentent un beau jour à la consultation avec une plaque irritée, souvent croûteuse, de contours tout à fait irréguliers et sur laquelle il est quelquefois difficile de se prononcer au premier abord. Mais si on interroge ces malades, si on leur conseille de cesser les applications médicamenteuses et de ne pas s'occuper de leur prétendue pelade, on s'aperçoit bientôt que leur tache alopécique n'a pas bougé, qu'elle est rapidement en repousse et qu'elle ne présente en somme aucun des caractères de la pelade.

Voici une observation (que nous devons à M. le Dr Sabouraud) qui, au premier abord, pourrait passer pour un exemple de contagion et qui est intéressante par la complexité des faits quelle met en présence.

En 1900, M. Sabouraud est appelé à donner ses soins à une fillette de 8 ans, fille d'un officier, qui est atteinte de pelade ophiasique de la nuque typique. Elle guérit en 3 mois, la repousse ayant commencé au bout de 3 mois. Il se produit une petite rechute le 7^e mois, avec guérison définitive le 9^e mois. 4 mois environ après la terminaison de la maladie de la fillette, son père annonce à M. Sabouraud qu'il craint bien d'être atteint de la même maladie que sa fille. M. Sabouraud constate la présence sur la nuque d'une plaque grande comme 2 fr. *mais qui a été déjà épilée* par le médecin-major du régiment auquel appartient cet officier.

Ce dernier déclare en même temps qu'il a été atteint six semaines auparavant d'une éruption furonculaire (une demi-douzaine d'éléments) sur la nuque. Il a eu déjà antérieurement des éruptions analogues, non seulement à la nuque, mais encore au sommet de la tête, et chaque furoncle a laissé, six semaines après sa guérison environ, une petite

cicatrice alopécique. L'épilation a été pratiquée, en outre de la plaque de la nuque, au-dessus d'une oreille et a produit une plaque glabre qui existe symétriquement de l'autre côté sous forme de ce que M. Sabouraud appelle : le triangle sus-auriculaire des chauves. Pour rendre la complexité de ce cas, il faut ajouter que toutes les plaques glabres avaient été badigeonnées d'une pommade ou d'un crayon à la chrysarobine, ce qui rendait toutes ces lésions tout-à-fait insolites. Il est permis de penser cependant qu'il s'agissait simplement d'un cas de phobie de pelade à la fois chez l'officier et de la part du médecin qui l'avait soigné au début, et de plaques alopéciques : les unes cicatricielles post-furunculieuses, les autres artificielles par épilation.

Encore une observation semblable pour montrer que les faits de ce genre sont loin d'être rares (observation personnelle).

Marcel L..., 8 ans, est amené à la consultation de La Rochefoucauld le 19 décembre 1900 ; il présente 3 plaques peladiques, grandes comme une pièce de 0,20 à 0,50, aperçues il y a 15 jours. Trois sœurs âgées de 10-5-2 ans n'ont rien. Sa mère nous déclare que son mari aurait aussi quelques plaques aperçues depuis quelques jours. Le 21 décembre M. L... père, 45 ans, vient montrer l'état de son cuir chevelu. Sa femme a cru lui voir deux ou trois petites taches, à peine grosses chacune comme une lentille. Immédiatement il les a badigeonnées avec de la teinture d'iode qui forme croûte et qui empêche de voir s'il y a réellement alopécie. M. L... revient quelques jours après, débarrassé de ces croûtes par quelques frictions avec de la vaseline, et nous ne constatons chez lui que deux petites zones un peu plus claires que la chevelure environnante, mais sans cheveux cassés, sans chute périphérique, qui ne présentent en somme aucun caractère peladique. Sa femme que nous avons revue depuis nous a déclaré que ces zones étaient restées telles quelles.

B. — Pseudo-Pelade

Dès 1888, M. Brocq a décrit un certain nombre de faits de folliculite caractérisés par :

- 1° Un processus inflammatoire folliculaire et péri-folliculaire ;
- 2° La destruction complète de la papille pileaire, donnant lieu à une alopécie définitive ;
- 3° La formation d'un tissu d'apparence cicatricielle ;

4° La tendance des lésions à s'agminer en groupe. Il en distingue 3 variétés :

a) *Pseudo-pelade de Brocq*. — Elle est très rare ; elle est due à un processus inflammatoire très modéré (légère tuméfaction et légère teinte rosée autour du poil atteint). Le poil vient facilement à la traction. La racine présente une gaine translucide, assez semblable à celle des cheveux faviques. Dès que le poil est tombé, le processus inflammatoire s'arrête, laissant un aspect lisse, atrophique, éburné du cuir chevelu. Les poils voisins sont envahis et l'affection progresse en suivant une topographie irrégulière. Telle est la pseudo-pelade de M. Brocq, dont une belle observation a été produite dernièrement (janvier 1901) à la *Société de Dermatologie*, par M. DARIER.

b) *Folliculite décalvante pseudo-favique*. — Qui correspond à la folliculite décrite par QUINQUAUD. — *Ann. de Derm.*, 1888, p. 656.

c) *Acné lupôide ou sycosis lupôide*. — Cette affection, observée seulement dans la barbe, est caractérisée par des pustules péri-folliculaires, accompagnées de rougeur et d'épaississement marqué des téguments qui sont couverts en même temps de croûtes et de squames. Les lésions quelquefois symétriques, laissent après elles une cicatrice persistante, accompagnant l'atrophie pilo-sébacée et l'alopécie définitive.

On a rapporté depuis bien des faits de pseudo-pelade : ARNOZAN, 1 cas de pseudo-pelade avec plaques achromateuses et hyperchromateuses, 1891. — DUBREUILH : *Des alopecies atrophiques*, 1893. — DUBREUILH : 2 faits de pseudo-pelade post-trychophytique, *Cong. Derm. de Londres*, 1896. — HALLOPEAU et BUREAU : 1 cas de pseudo-pelade avec achromie et hyperchromie (cas analogue à celui d'Arnozan), même congrès. — HALLOPEAU et BUREAU : *Sur une pseudo-pelade en bande*, 1897. — GERMAIN, dans sa thèse (*De quelques lésions simulant la pelade, contribution au diagnostic de la pelade*), Bordeaux 1896, signale comme fausses pelades : les alopecies congénitales circonscrites ; les alopecies d'origine inflammatoire (abcès, furoncles) ; les alopecies consécutives à des tumeurs ; une forme qu'il intitule : teigne tondante alopecique et qui paraît n'être autre chose que les pseudo-pelades post-trichophytiques, signalées par Dubreuilh ; les alopecies de la sclérodermie ; les alopecies atrophiques.

Il faut encore ajouter à ce groupe si complexe des pseudo-pelades les alopecies consécutives à l'application des rayons Roentgen dont plusieurs faits ont été observés (LIDERMANN, BERGER, MEISSNER, LESSER, à la *Soc. Berlinoise de Derm.*, 4 mai 1897). (DARIER, BROCCQ, BARTHÉLÉMY, *Soc. de Derm.*, 1899) et ne pas oublier l'alopecie produite par l'acétate de thallium, employé comme anti-sudorifique. (L'acétate de thallium contre les sueurs des phthisiques et son action alopeciante. COMBEMALE, *Ac. Méd.*, 17 mai 1898. Sur le mécanisme de l'alopecie produite par l'acétate de Thallium : JEANSELME, *Soc. Derm. et Syph.*, 1898.

Tous ces faits de fausse pelade sont évidemment faciles à diagnostiquer dans la plupart des cas, par la recherche des commémoratifs et les caractères même de l'alopecie. Néanmoins, ils ont été souvent l'origine d'une erreur de diagnostic ou d'une fausse observation de contagion.

C. — Pelades associées

Il existe encore tout un groupe d'alopecies qu'on peut appeler : pelades associées. Ces faits dans lesquels l'alopecie circonscrite se rencontre en même temps qu'une affection le plus souvent de nature nerveuse, chez le même sujet, sont très voisins des faits de pelade dite nerveuse que nous aurons ensuite à rappeler et dans aucun de ces cas il n'est question de contagion.

Pelade et vitiligo. — Une association qu'on rencontre souvent, c'est celle de la pelade et du vitiligo. Les relations qui unissent ces deux affections ont pu paraître tellement étroites à Cazenave, que cet auteur avait songé à identifier ces deux maladies. Il y a en réalité une ressemblance de siège et quelquefois de symptômes très marquée. Le vitiligo, caractérisé par des plaques où la peau apparaît blanche comme du lait, lorsqu'il se développe au cuir chevelu, se traduit par la canitie des cheveux. Cette canitie et l'alopecie qui peut en être la conséquence se produisent par le même mécanisme que l'alopecie dans la pelade vulgaire : dans les deux cas, c'est un trouble de la sécrétion

pigmentaire de la papille qui est la lésion originelle, et la chute du poil peladique paraît être consécutive à cette perturbation pigmentaire, comme l'alopecie vitiligineuse quand elle se produit. « Et cela est si vrai, même dans la pelade, dit M. Sabouraud, que lorsqu'on voit la pelade de Bateman se produire chez un adulte de 50 ans à cheveux noirs et blancs, les cheveux noirs tombent tous et les cheveux blancs, dont la papille privée de fonction pigmentaire n'éprouve pas la perturbation fonctionnelle en question, *les cheveux blancs restent solides et peuvent ne pas tomber pendant toute la durée de la maladie* ».

L'association de la pelade et du vitiligo est surtout fréquente chez l'enfant. Nous en rapporterons rapidement quelques observations pour montrer qu'il est bien difficile, dans la plupart des cas, de savoir s'il s'agit de simple coïncidence, ou d'un rapport plus étroit entre les deux affections.

FEULARD, *Soc. de Derm.*, 1892, présente une petite fille de 12 ans atteinte de pelade totale du cuir chevelu et de vitiligo disséminé sur tout le corps. A cette occasion, M. Besnier déclare qu'on peut voir plusieurs sortes de faits : vitiligo apparaissant chez un peladique ; alopecie succédant à des mèches d'abord vitiligineuses. Il rapporte l'observation de deux frères atteints : l'un de pelade, l'autre de vitiligo. L'année suivante (1893), FEULARD présente cette même fillette chez laquelle il existe une repousse des cheveux, dont plusieurs mèches blanches à cause du vitiligo. Cette repousse, obtenue en 6 mois, fait croire à FEULARD qu'il ne s'agissait pas dans ce cas d'alopecie trophonévrotique, mais bien de pelade vulgaire surajoutée à un vitiligo et nullement de même nature.

M. DUBREUILH. — Pelade nerveuse et vitiligo chez un homme de 35 ans, *Ann. de Derm.*, 1893.

MOREL LAVALLÉE. — Pelade vitiligineuse (vitiligo de la barbe au cours d'une pelade du cuir chevelu chez un homme (*Ann. de Derm.*, 1893).

BARTHÉLEMY croit que dans tous les cas de coïncidence de pelade et vitiligo, le vitiligo persiste tandis que la pelade guérit (*Ann. de Derm.*, 1893).

GAUCHER et L. BERNARD. — Observation de pelade, vitiligo et prurigo

par auto-intoxication chez un homme de 44 ans dans le cours d'une néphrite chronique, le tout probablement de même origine (*Soc. méd. des Hôp.*, 5 mai 1899).

SENATOR. — Combination von alopecia areata et vitiligo. *Charité Ann.*, 1889, t. XIV, p. 341.

On a signalé encore la pelade (alopécie tantôt localisée, tantôt généralisée), associée ou consécutive à l'eczéma séborrhéique (VIDAL, *Ann. de Derm.*, 1889), à des lésions oculaires (FROLICH, 1891), à un prurigo diathésique (DU CASTEL, *Ann. de Derm.*, 1894), à l'helminthiasis chez deux garçons de 10 et 14 ans (RODIONOFF, *Ann. de Derm.*, 1895).

M. BROCC en 1892, signale et classe les alopecies de la kératose pileuse et J. MÉNEAU, *Ann. de Derm.*, 1894, en cite de nouveaux faits.

M. JACQUET rapporte une observation de « pelade et lichen » où il s'agit d'un malade qui à la suite d'une bronchite (?) a été pris de pelade de la tête et de la barbe et d'un lichen plan cutané et bucco-lingual. Ces deux affections ont évolué côte à côte pendant 13 mois, puis ont guéri toutes deux après 4 semaines de traitement par les douches tièdes.

Pelade et syphilis. — A côté de ces cas qu'on pourrait multiplier, où la pelade, associée à une affection nerveuse, lui paraît plus ou moins étroitement unie, il faut citer la coïncidence chez un même sujet de la pelade et de la syphilis. L'alopecie syphilitique en claires est fréquente et se distingue ordinairement facilement de la pelade. Quelquefois cependant la pelade affecte des caractères tels qu'elle pourrait faire croire à une alopecie syphilitique : témoin l'observation rapportée récemment (*Soc. de Derm.*, janvier 1901) par M. le professeur FOURNIER, sous le titre : « Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples » (Le sujet en question, un homme de 20 ans, n'avait eu et ne présentait aucune trace de syphilis).

Ce qu'il faut surtout remarquer, lorsqu'on rencontre la pelade coexistant chez un syphilitique, c'est l'influence néfaste qu'exerce la syphilis sur l'évolution de l'alopecie. Voici à ce sujet un fait significatif observé par M. le Dr SABOURAUD :

« M. G. ., 33 ans, m'est envoyé, en 1895, par le D^r Morel-Lavallée. A 18 ans, il a eu une première plaque de pelade, guérie rapidement. A 20 ans : syphilis traitée par M. le D^r Morel-Lavallée et dont il ne reste plus aucune trace. Au cours de sa période secondaire, ce malade présentait une alopecie spécifique peladoïde. A partir de ce moment, des plaques peladiques presque toutes identiques de forme et de dimensions (4 cent. 3 cent.), d'évolution subintrante, se succèdent sans interruption. Au moment où il se présente à moi, il avait trois plaques de cette dimension, une en terminaison, les deux autres en évolution : les deux dernières absolument typiques comme pelade avec leur bordure de cheveux massués, leur surface lisse, grasse et alopecique. Ce malade, désespéré, me dit que ses plaques, dont M. Morel-Lavallée a pu contrôler en partie le nombre et la succession indéfinies, forment au total 225 points d'atteinte depuis le début de la maladie.

« Cette observation, ajoute M. Sabouraud, me paraît un type un peu excessif de l'influence néfaste d'une syphilis intercurrente chez un peladique. On peut voir la pelade absolument typique survenir chez un syphilitique, sans s'être montrée auparavant. Mais le cas d'une pelade bénigne précédant la syphilis et paraissant transformée en pelade maligne, à récives perpétuelles, du fait de la syphilis, est de l'observation de tous les jours ».

Dans nos observations IV et V, on retrouve la même influence nocive de la syphilis sur la pelade.

Voici donc tout un ensemble de faits où la pelade est associée sinon liée à des troubles trophiques communs avec une autre affection et où il n'est pas question de contagion.

Pelade et lésions unguéales. — Nous mentionnerons en dernier lieu les troubles trophiques des ongles qui ont été notés plusieurs fois au cours de la pelade et que nous avons constatés dans un cas bien net (Observation 1). Nous avons retrouvé ces ongles striés, cannelés, grêlés de taches blanches punctiformes 4 ou 5 fois bien nettement sur les peladiques de l'école Lailler. Plusieurs auteurs en ont du reste rapporté de beaux exemples : DARIER et LE SOURD, Pelade décalvante totale (récive) avec lésions unguéales, *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1898, p. 1009; ARNOZAN, Pelade de la barbe, chute spontanée des ongles, *Ann. de Derm.*, 1880.

D. — Pelades nerveuses.

C'est encore un argument en faveur de la non-contagion que nous tirerons de l'examen des faits qu'on peut cataloguer pelades nerveuses et dont les auteurs étrangers, en majorité partisans de la théorie trophonerveuse de la pelade, ont surtout donné des exemples.

ROSENTHAL rapporte le cas d'une petite fille de 8 ans, qui eut à l'âge de 6 mois un traumatisme de la joue et un furoncle ayant laissé une cicatrice sur le côté gauche du cou. A 4 ans, débuta un sclérème en plaques, qui se transforma en hémiatrophie faciale, accompagnée d'*alopécie en aires*. On serait en droit d'admettre une cause commune pour ces différentes affections et cette cause commune serait une névrite des nerfs trophiques périphériques voisins.

SCHULTZ rapporte 6 cas d'alopécies d'origine nerveuse, surtout traumatique.

PONTOPPIDAN relate un fait d'alopécie survenue chez une petite fille de 10 ans à la suite de l'extirpation d'un ganglion cervical, au cours de laquelle il y eut une lésion de la jugulaire externe; après l'opération, il y eut parésie sympathique des muscles de l'œil gauche, ptosis et contraction pupillaire; enfin, alopécie envahissante dans le domaine des nerfs occipitaux et du rameau postérieur du grand nerf auriculaire.

ARCHAMBAULT cite le cas d'un homme de 45 ans, névropathe (hystérique?) qui, à la suite d'une perte d'argent, eut une pelade envahissant progressivement la presque totalité de la barbe et du cuir chevelu. Au bout de 4 mois et sans traitement, les cheveux repoussèrent entièrement ainsi que la barbe, noire antérieurement, qui repoussa rousse. Depuis, il y eut à six reprises différentes, une chute de cheveux, chaque fois après une émotion. Les cheveux examinés offraient le caractère des cheveux peladiques.

BROUSSE, *Ann. de Derm.*, 1891, rapporte l'observation d'une femme de 29 ans devenue très nerveuse, après trois grossesses rapprochées et qui est sujette depuis 4 ans à une pelade à répétition paraissant se développer à l'occasion d'émotions morales. La chute

des cheveux se fait en des points où l'ont précédée chaque fois des douleurs névralgiques. Les trois premières poussées limitées ont guéri assez facilement. La dernière, qui a envahi tout le cuir chevelu, persiste depuis plus de six mois.

Notre ancien maître, M. le Dr FÉRÉ (1893 et 1896) signale la coïncidence de la pelade avec l'épilepsie :

Une première observation a trait à un épileptique qui, à la suite de deux accès convulsifs survenus dans la même journée, perdit ses cheveux en quatre plaques nettes et bien limitées. A la limite des plaques, les cheveux étaient absolument sains. Au bout de 16 jours, on constate un commencement de repousse et au bout de quelques mois elle fut complète. D'autres accès en série chez le même malade n'ont pas été suivis d'alopecie.

Deuxième observation (1896). — Un malade ayant des accès rares vit, trois jours après quatre accès consécutifs violents, ses cheveux tomber en telle abondance que son oreiller en était jonché. Il se forma quatre plaques glabres au niveau desquelles il y avait une très légère desquamation. Deux mois après, toute trace d'alopecie avait disparu.

Troisième observation, — Malade chez lequel les plaques alopeciques se produisirent le lendemain d'un jour où il avait eu quatre accès consécutifs, n'en ayant pas eu depuis plusieurs semaines. Il se forma sur le cuir chevelu plus de 50 plaques dénudées, grandes comme 0 fr. 50 à 1 fr., arrondies et disséminées sans règle. Toutes ces plaques, d'aspect uniforme, sans squame, sont glabres et lisses. Au bout de deux mois, repousse de poils fins sur les plus petites plaques qui se couvrirent d'abord. Les plus grandes disparurent au bout de six mois.

D'autres cas d'alopecie nerveuse ont été encore relatés par KIVULL, 1896; LADAME, 1896 (*Alopecie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique*); GERSON, ISAAC (*Pelade après avulsion dentaire*); JOSEPH, 1896 (*Société berlinoise de Dermatologie*); GEBERT, 1897 (*Alopecie en aires survenue immédiatement après une émotion très vive occasionnée par la mort de son père chez une femme de 31 ans*) et on en trouvera des exemples bien nets dans nos observations.

DEVALLET (dans sa thèse *Contribution à l'étude des pelades nerveuses*, 1896) les divise en : pelade décalvante généralisée et pelade nerveuse proprement dite. Ces derniers cas seraient d'un pronostic plus favorable, mais se différencient difficilement de la pelade

vulgaire. Et ce diagnostic ne pourrait se faire que par la notion de la non-contagiosité, de la coexistence de troubles nerveux ou de la relation immédiate avec des phénomènes nerveux.

E. — Pelade héréditaire et congénitale

On peut rapprocher de ces cas de pelade dite nerveuse, ceux où il est question d'alopécie congénitale ou familiale, tantôt localisée, tantôt généralisée et où l'hérédité semble généralement jouer un rôle prépondérant. On trouvera dans les observations suivantes dont nous donnons seulement les titres, des faits intéressants de pelade congénitale : DELABAUBE, Cas d'alopécie congénitale circonscrite. *Ann. de Derm.*, 1897, p. 323; ZIEGLER, alopecie congenita; WEBER, alopecia congenita, *Archiv f. Derm. et Syph.*, 1897, XXXIX, p. 243 (observation rapportée dans les *Ann. de Derm.*, 1898) COLCOTT-FOX, alopecie congenitale, *Dermatological Society of London*, 8 décembre 1897.

Nous rapporterons enfin l'observation curieuse produite par M. EDMOND FOURNIER à la *Société de Dermatologie*, en juillet 1900, sous le titre : Pelade ou plutôt agénésie pileaire générale, héréditaire, congénitale et permanente sur cinq membres de trois générations. Onyxis concomitant des ongles des mains.

En même temps que son observation, M. E. Fournier présente un enfant de 12 ans, qui a sur le cuir chevelu huit cheveux fins, décolorés et à peine visibles; le reste du cuir chevelu est recouvert de poils follets, d'une finesse extrême, de 3 ou 4 millimètres de long et qu'on voit à peine. Sourcils, poils axillaires et pubiens absents. Les ongles des mains sont mal formés, durs, épais, foncés de couleur, et tout dernièrement, à la suite d'une suppuration assez abondante, se sont décollés de la matrice, à laquelle ils ne tiennent plus que par un de leurs côtés.

Ces deux dystrophies sont congénitales et le malade ne présente aucun autre trouble trophique ou nerveux.

Ces dystrophies présentent cette singulière particularité d'être héréditaires et cela à travers trois générations.

1^{re} Génération. — Grand'mère paternelle, âgée de 81 ans, bien portante, présente même dystrophie pileaire et unguéale, non examinée. Elle a eu 4 enfants dont 2 affectés des mêmes lésions.

2^{me} Génération. — Père affecté des mêmes dystrophies, examiné. A deux enfants, Georges et Gaston.

Tante affectée des mêmes dystrophies, non examinée. A eu trois enfants qui ne présentaient rien d'anormal.

3^{me} Génération. — Georges G..., âgé de 15 ans, porteur des mêmes dystrophies, examiné. Gaston G..., âgé de 12 ans : c'est l'enfant qui a été présenté.

Voilà des faits qui montrent, pensons-nous, qu'il faut faire les plus grandes réserves sur la valeur des observations anciennes de pelade familiale (Feulard) au point de vue de la contagiosité de cette pelade. Entre une pelade qui apparaît chez la mère et l'enfant, ou chez deux frères, etc..., à une période quelconque de l'existence, et ces observations de pelade congénitale, héréditaire, il n'y a peut-être pas tant de distance qu'il peut paraître au premier abord. En tout cas, avec M. le Dr Sabouraud, nous pensons qu'il y a lieu de tenir compte de ces faits et de ne pas admettre désormais comme démonstratifs en faveur de la contagiosité de la pelade, les cas où la consanguinité peut jouer un rôle.

CHAPITRE IV

Étude clinique sommaire de la pelade

I. — La Plaque peladique

Après avoir montré combien d'erreurs de diagnostic peut entraîner la fréquence des fausses pelades que nous venons d'examiner, nous croyons utile de définir succinctement ce qui constitue la pelade vraie, vulgaire « celle qui n'est précédée d'aucune lésion inflammatoire ou autre capable de l'expliquer ». Or, si on envisage la plaque peladique, en tant qu'affection locale seulement, on est frappé de ce fait qu'elle présente deux types nets : plaques en bordure et plaques se montrant en n'importe quel point du cuir chevelu. Plusieurs auteurs avaient déjà fait cette distinction : M. Sabouraud surtout a montré que ces deux types avaient été depuis longtemps décrits le premier par Celse, le second par Bateman et se rencontraient le premier très fréquemment et presque exclusivement chez l'enfant, le second chez l'adulte surtout. Aussi M. Sabouraud décrit-il à part la pelade de Celse ou ophiasis des enfants et la pelade de Bateman, ou pelade séborrhéique de l'adulte.

1° Pelade essentielle de l'enfant, ophiasis de Celse. — Donnons rapidement, et d'après cet auteur, les principaux caractères de ces deux formes. M. Sabouraud en donne tout d'abord comme définition, la description magistrale que Celse en a faite en ces quelques lignes : *Id (genus arearum) vero quod a serpentis similitudine οφίαις appellatur, incipit ab occipitio; duorum digitorum latitudinem non excedit; ad aures duobus capitibus serpit, quibusdam etiam ad frontem, donec se duo capita in priorem partem comittant* (CELSE : *De re medica VI*). Voici la traduction libre qu'en donne M. Sabouraud : « Cette pelade que sa nature serpentine a fait désigner sous le nom d'ophiasis, débute par la région occipitale. Elle n'exécède pas deux

doigts de large, ses deux têtes s'avancent en rampant au-dessus des oreilles, jusqu'au front où elles se rejoignent. »

C'est une maladie de la seconde enfance, débutant surtout de 6 à 10 ans, ayant une marche lente, de plusieurs années. Elle est caractérisée par une dépilation diffuse sur des surfaces limitées, débutant presque nécessairement à *la nuque* et en bordure, produisant des surfaces glabres le plus souvent symétriques.

Quand les cheveux adultes sont tombés, ils sont remplacés immédiatement par une génération de follets imperceptibles qui tombent à leur tour. La forme des plaques n'est pas toujours ronde et géométrique, comme dans la pelade de l'adulte.

Les cheveux malades présentent de haut en bas un amincissement progressif de leur tige ; leur extrémité libre est pigmentée et foncée ; la tige mince et dépigmentée. Enfin, caractère constant dans la pelade de l'enfant, exceptionnel dans la pelade de l'adulte, l'extrémité libre du cheveu est frangée en pinceau ou en balai. La peau de la plaque glabre n'est ni grasse, ni luisante, mais sèche, très finement chagrinée et comme sénile et laissant voir souvent par transparence le lacis veineux sous-jacent.

La maladie suit une marche circonférentielle, soit par plaques symétriques, soit diffusément et peut aboutir à la forme décalvante dans laquelle le cuir chevelu est découpé en carte de géographie.

La durée moyenne est de 18 mois avec un minimum de 1 an et un maximum de 4 ans. La repousse des cheveux se fait de la périphérie au centre par rétrécissement progressif de l'aire déglabrée. Cette forme se prolonge rarement au-delà de la puberté, qui est pour elle l'âge critique.

La pathogénie de cette affection est inconnue. M. Sabouraud n'y a jamais rencontré aucune flore bactériologique. C'est surtout cette pelade ophiassique qui peut avoir des rapports étroits avec le vitiligo.

M. Sabouraud a souvent noté l'hérédité dans cette maladie, non pas seulement l'hérédité d'agénésie pileaire (dans laquelle les poils tombent spontanément vers l'âge de 6 à 8 mois) et qui ressemble par conséquent à une lésion congénitale, mais l'hérédité de pelade vraie, la chute des poils pouvant commencer beaucoup plus tard.

2° Pelade de l'adulte. — Toute autre, d'après M. Sabouraud, est la pelade de l'adulte dont Bateman a donné une définition partout reproduite et que nous avons citée plus haut (voir p. 14).

Nous nous contenterons de rappeler ici les remarquables travaux de M. Sabouraud sur la séborrhée grasse et la façon dont leur auteur fut amené à considérer la calvitie et la pelade comme des manifestations de l'infection séborrhéique, causée par le micro-bacille, hôte du comédon et de l'utricule peladique. Ces déductions n'ont pas été généralement acceptées et le rôle pathogène du micro-bacille de la séborrhée dans la pelade a été fortement contesté. M. Sabouraud croit de plus à l'influence des modifications chimiques du sébum à la puberté, qui expliquent les conditions d'âge, de sexe et d'individu qui font que la pelade apparaît chez les uns et pas chez les autres. Pour nous, qui cherchons à démontrer la faible contagiosité de la pelade, c'est un argument de poids en faveur de notre opinion que l'auteur qui a le plus et le mieux soutenu la nature parasitaire de la pelade, reconnaisse cependant qu'il y a des raisons d'un ordre plus caché et plus intime à son apparition.

Au point de vue clinique, la pelade de Bateman peut-être rencontrée chez l'enfant aux approches de la puberté : 11 à 12 ans, de même que l'ophiasis peut se montrer pour la première fois après la puberté, mais en règle générale, c'est entre 18 et 30 ans que débute l'alopecie en aires de l'adulte. La plaque primitive se produit par la chute de quelques cheveux, les autres sont facilement arrachés à la moindre traction. Sur la surface une fois déglabrée, on remarque des pores pilaires à orifice dilaté, d'où le raclage avec une lame de verre fait sourdre un long cocon séborrhéique. Nous avons vu maintes fois M. Sabouraud faire constater ce phénomène aux nombreux assistants de sa consultation du jeudi. Ecrasée entre deux lames de verre, lavée à l'éther, colorée au gram, cette matière sébacée montre le micro-bacille en abondance.

Les cheveux sont effilés de leur extrémité libre vers la racine, présentant l'aspect caractéristique du cheveu peladique massué ou en point d'exclamation (!). D'autres plaques apparaissent souvent après la plaque primitive et l'affection peut aboutir à une décalvante totale.

Le plus souvent, chaque plaque demeure glabre environ 6 semaines ; puis se recouvre uniformément d'un duvet fin. A ce moment l'infection séborrhéique de la surface a complètement disparu. En 3 mois environ les cheveux sont renouvelés.

Dans cette forme de pelade séborrhéique, la contagion s'observerait d'une façon certaine, 1 fois sur 200, suivant M. Sabouraud. Nous rapporterons ici deux observations de contagion, qui nous ont été données par cet auteur. Dans ces deux faits, M. Sabouraud a vu la contagion se produire du fils au père, de la femme au mari, et il nous a dit posséder encore 6 à 7 observations de cette dernière catégorie sur 3.000 ou 4.000 cas de pelade observés.

Obs. I. — M. E. C..., 28 ans, clerc d'avoué, vient à ma consultation en juillet 1899 pour une pelade formidable du type séborrhéique. Le malade présente environ 50 plaques peladiques ; plusieurs sont arrivées à coalescence, en arrière du vertex et au-dessus de la suture lambdoïde, en dehors de la ligne axiale ; aucune localisation ophiasique. Au premier abord on dirait une dépilation syphilitique (le malade n'a pas eu la syphilis) et cette dépilation diffuse fabrique des petites aires de 1 cent. à 1 cent. 1/2 de diamètre, multiples.

Le malade est mis immédiatement au traitement (soufre, huile de cade, acide pyrogallique et chrysophanique) le seul qui me paraît capable d'enrayer une pelade de cette forme et de cette intensité. Pendant six semaines encore, les plaques se complètent ; de petits foyers nouveaux se produisent et sont arrêtés. La guérison se fait lentement ; comme toujours dans ces formes graves, il se produit à mesure de la guérison des grandes plaques de très nombreux points peladiques disséminés tout petits. L'évolution dure 7 à 8 mois avant que le malade ne soit tout à fait guéri.

Un mois avant la fin de sa guérison et lorsque la repousse était dessinée partout, M. H. C..., père du patient, vient me voir avec une seule plaque peladique du sommet de la tête à gauche. Cette plaque est composée de quatre petites taches distinctes, presque tout de suite arrivées à coalescence, sans aucun point alopécique à distance. Surface éburnée, grasse, atrophie cutanée sensible au doigt ; pelade d'une incroyable ténacité. Pendant 3 mois les traitements locaux les plus actifs arrivent à rétrécir progressivement la surface dépilée. Mais il reste une surface de 3 cent., inerte qui résiste à tout traitement. Après 3 nouveaux mois d'attente, on fait 6 applications de Finsen et la repousse survient lente, mais régulière et complète.

OBS. II. — M^{me} X..., 29 ans, se présente avec son mari à la fin octobre 1900. Elle présente, depuis 4 semaines, 2 taches peladiques symétriques, rétro-auriculaires du diamètre vertical de 3 cent. sur 3 cent. de large environ. Ces taches s'étendent rapidement et tout leur pourtour supérieur est garni de cheveux massués, signe caractéristique de la progression actuelle d'une plaque de pelade. Il existe une troisième plaque sur le sommet de la tête en dehors de la ligne axiale, à droite, et présentant elle aussi des caractères d'activité très grands. Le mari est extrêmement peureux de la contagion, je le rassure et lui dis que dans cette forme symétrique, la pelade n'est jamais contagieuse et qu'il ne court aucun risque de contracter la même maladie que sa femme.

Le 15 décembre 1900. — Six semaines après sa première visite, M. X..., arrive. Toute la nuque est en état de dépilation peladique sur deux doigts de large. Il existe déjà une dénudation complète de tout le pourtour du cuir chevelu en arrière des oreilles. La bordure de cheveux massués est large de 1 cent. 1/2, indiquant une extension ultra-rapide des plaques et au-dessus de cette ligne festonnée d'envahissement, il existe 7 points de dépilation disséminés sur la région occipitale. Au moment où ce malade se présente, ces points sont encore de date si récente, que tous sont couverts de cheveux massués sur toute leur surface, sans présenter encore d'aire nettement glabre. Le mari et la femme ont été guéris à peu près vers la même date, après 4 mois 1/2 environ de traitement.

A propos des rapports de l'alopecie séborrhéique et de la pelade, M. Darier, après avoir confirmé l'analogie histologique des deux maladies, déclare qu'il existe cependant des différences d'évolution très nettes que la clinique met en évidence. Voici, à ce sujet, l'observation qu'il a relatée, au cours de la discussion sur la séborrhée grasse et la pelade, à la *Société de Dermatologie*, à la séance du 3 juin 1897.

« M. Pil ..., âgé de 44 ans, sculpteur sur bois, se présente le 14 avril 1897, à la polyclinique de l'hospice La Rochefoucauld. Il se plaint de perdre ses cheveux; leur chute était très diffuse et peu accentuée depuis plusieurs mois, mais depuis quinze jours, elle a pris un développement inquiétant ».

A l'examen qu'en fait M. Darier, le cuir chevelu de ce malade présente le type de l'alopecie en clairières. Les sourcils, la barbe et les poils du corps sont intacts. Cette alopecie ressemble à s'y méprendre à l'alopecie en clairières des syphilitiques, mais les plus minutieuses recherches de ce côté sont négatives; le malade ne présente actuellement et n'a jamais présenté aucun symptôme suspect à cet égard. En poursuivant l'examen,

on rencontre des plaques de *lichen plan* dans la cavité buccale. D'autre part, le malade accuse une série de troubles caractéristiques de la neurasthénie (impuissance absolue depuis six mois, pertes séminales sans érections, pesanteur dans la tête, trémulation des lèvres; les réflexes tendineux sont intacts).

Le 28 avril, la chute des cheveux a continué et s'est étendue à la barbe, en clairières.

Le 12 mai, l'alopecie est devenue diffuse et à la fin de ce mois, les cheveux n'existent pour ainsi dire plus et sont remplacés par de nombreux follets grêles.

« L'examen extemporané et par coloration des produits de raclage a permis de trouver, malgré un traitement énergique, les cocons séborrhéiques qui fourmillent de micro-bacilles par milliards ».

Et M. Darier conclut qu'on a eu évidemment à faire, dans ce cas, à « une alopecie séborrhéique extraordinairement rapide dans sa marche, étendue dans sa distribution et intense dans ses effets, à une sorte de séborrhée décalvante aiguë ».

Et, dans ce cas, où la séborrhée était dépilante au premier chef, elle n'a pas cependant donné lieu au tableau de la pelade.

II. — Examen du malade

La distinction en pelade ophiassique et pelade de Bateman n'est pas admise par tous les auteurs et M. Jacquet, qui est devenu l'adversaire des doctrines parasitaires et de la nature contagieuse de la pelade, les confond toutes deux dans le « bloc peladique ». Il a montré, de plus, qu'il ne faut pas se laisser hypnotiser par la seule alopecie, mais qu'il faut aussi envisager *le malade* et il donne de la pelade cette définition : « La pelade c'est la mue pilaire, rendue brusque et massive par certaines conditions locales multiples et *non spécifiques*; entretenue par un trouble nutritif dont la perturbation des *excreta urinaires* donne partiellement la mesure, et se manifestant, entre autres symptômes, par l'*hypotonie* des tissus ».

M. Jacquet donne, de l'insuffisance de la théorie microbienne, les preuves suivantes.

Il a traité sa propre pelade de la barbe et nombre d'autres par des

frictions répétées à la brosse de crins aigus et raides, jamais désinfectée, et n'a jamais vu se produire, ni sur lui, ni sur les autres, *un* foyer d'inoculation.

Il a, sur lui-même, cathétérisé un grand nombre de follicules pileux sains (200 environ) avec l'aiguille de platine consciencieusement chargée de graisse parasitaire, fraîchement extraite des follicules comédoniens et a vu se produire tantôt rien, tantôt une simple^e folliculite isolée avec chute du poil ; en tout cas, jamais de foyer peladique.

La même expérience, répétée avec l'aiguille à acupuncture, mais cette fois non chargée de bacilles et soigneusement flambée, a produit exactement les mêmes résultats.

M. Jacquet ajoute enfin qu'il remplissait bien les conditions de terrain voulues, puisqu'il avait lui-même la pelade. Il conclut, de ces expériences, que le bacille n'a aucune action peladogène, et il donne une série d'observations démontrant que l'alopecie peladique n'est qu'un chaînon dans une série de troubles morbides : céphalées, douleurs, pseudo-angines musculaires, stigmates d'hypotonie organique (phlébectasies, varices, varicoèles, hernies) ; réflexe pileux nul, agénésie pileuse, troubles des rapports urologiques constants. Et M. Jacquet formule enfin les conclusions suivantes, toutes en faveur de la nature trophique de la pelade :

1^o Toute pelade correspond à une aire cutanée *atone, inélastique et flasque*. Mais, un fait remarquable, c'est la variabilité de ce symptôme. Cette atonie, cette perte d'élasticité de la peau est commune aux pelades vulgaires de l'adulte (Bateman) et aux pelades de l'enfant (ophiasis de Celse) ;

2^o Tous les éléments pouvant contribuer à l'atonie des téguments peladiques (charpente conjonctivo-élastique, muscles lisses, vaisseaux) sont frappés, comme en témoignent la flaccidité de la peau au pincement, l'abolition de la réaction pileuse, l'accumulation de graisse et de sueur dans l'appareil pilo-sébacé, qui permet d'en faire sourdre, par la pression, la rosée sudorale (Sabouraud). Ce dernier phénomène n'existe pas chez les enfants, à cause de l'astéatose qu'on connaît chez eux, jusqu'à la puberté.

3^o L'examen des poils peladiques ne montre pas de caractères spé-

ciaux. Ils présentent les mêmes altérations banales que les poils des plaques alopeciques consécutives au traumatisme, aux infections, aux inflammations locales, aux intoxications ;

4° Enfin, M. Jacquet donne les résultats des examens d'urines dans 21 cas.

Il y eut 10 fois polyurie (1,600 à 3,600^{cc}), 4 fois oligurie (950 à 800^{cc}). Les troubles le plus constamment constatés furent : l'*hyperchlorurie*, presque dans tous les cas ; l'*hypophosphaturie* et l'*hyposulfaturie*, 15 fois sur 21.

Il a complété ces premiers résultats dans une communication récente faite à la *Société de Dermatologie* en mars dernier. Une soixantaine d'analyses nouvelles rapportées par MM. Jacquet et Portes montrent comme troubles constants, chez les peladiques, l'*hyperchlorurie* et l'*hypophosphaturie*. Mais de plus, dans une de leurs observations où ils ont pu faire l'analyse du sang, les auteurs ont trouvé l'*hyperchlorurie* coïncidant avec l'*hypochlorhémie* et ce fait de la déchloruration du sang joint à la notion de la force tonique des injections chlorurées et des hypotonies locales et générales dans la pelade, permet de prévoir l'action très bienfaisante des injections de chlorure de sodium, dans cette dermatose, donnée confirmée par l'expérience (SABOURAUD).

5° M. Jacquet cherche à expliquer la localisation en aires de la pelade par des influences nerveuses diverses : névralgies dentaires, excès vénériens ou par la coïncidence de l'alopecie avec le côté d'une affection antérieure (pneumopathie, lésions dentaires, dont il montrait tout récemment encore un exemple curieux (*Soc. de Derm.*, séance du 2 mai 1901). Enfin, il note l'influence des traumatismes de voisinage (ténotomie du sterno-cléido-mastoïdien) des coups sur la tête et d'une façon générale du terrain nerveux sur lequel apparaît la pelade.

6° Enfin M. Jacquet signale, à côté et au dessus de toutes ces influences pathologiques, ce qu'il appelle l'*agénésie pileaire*, c'est-à-dire « l'arrêt plus ou moins complet de développement, le nanisme du système pileux pré ou post-pubérien ». Il en rapporte plusieurs observations et signale la fréquence de cette agénésie pileaire qui se rencontre surtout suivant certains types : agénésie pileaire aux sourcils,

toujours rigoureusement symétrique ; agénésie labiale ; agénésie mentonnière ; agénésie pileaire du cuir chevelu, à la nuque.

La pelade aurait aussi une influence réciproque sur le système pileaire, sur cette agénésie pileaire. Ainsi, chez les peladiques, le système pileux post-pubérien (aisselle, thorax, pubis) se développe peu ou pas.

Enfin, l'hérédité semble jouer un rôle dans ces faits d'agénésie pileaire.

En résumé, « la pelade, même très légère, est en connexion constante avec un ensemble morbide préalable, simultané ou consécutif qu'on ne doit pas en dissocier et qui lui constitue une atmosphère ». La pelade, pour M. Jacquet, ne serait pas possible en dehors de cette ambiance. Il n'a pas vu une seule fois une pelade pure, une pelade en soi, comme la pourrait causer, au moins de temps à autre, l'agression d'un microbe spécifique.

Aussi M. Jacquet considère-t-il la pelade surtout comme un symptôme et, en présence d'un peladique, recommande-t-il de faire l'examen complet du malade, *a nudo*, et l'examen des urines.

Les idées de M. Jacquet ont paru poussées à l'extrême à un grand nombre de ses collègues, et cependant on ne peut s'empêcher de reconnaître à la lecture de son ouvrage (*Nature et traitement de la pelade*) que plus on étudie la question et plus on arrive à se convaincre qu'il y a des lésions profondes à l'origine de la pelade.

III. — Conclusion.

Cette conception, toute en faveur d'une pelade non-contagieuse, ne se trouve pas, du reste, en contradiction formelle avec celle de quelques partisans des idées parasitaires. Il est à remarquer, en effet, que même les protagonistes de la doctrine parasitaire de la pelade, n'ont jamais eu l'intransigeance absolue de leurs conclusions. La chaîne qui existe entre les pelades achromateuses d'autrefois et les vitiligo non dépilants, a toujours empêché les partisans de parasitisme dans la pelade, de généraliser leurs théories à toutes les alopecies en aires universellement. Ainsi, M. Sabouraud lui-même, lorsqu'il discute les

conditions étiologiques de la pelade ophiasique, montre-t-il l'hérédité, les tares nerveuses, les dystrophies qu'on observe sur le sujet et l'adiposité générale de certains enfants peladiques, comme des facteurs importants de leur maladie et qui ne sauraient vraisemblablement se concilier avec aucune théorie microbienne exclusive ; et d'ailleurs, pour lui, la pelade ophiasique n'est pas microbienne.

DEUXIÈME PARTIE

RECHERCHES PERSONNELLES

Nos recherches personnelles ont porté sur deux points principaux : urologie des peladiques, et contagiosité de la pelade. Nous commencerons par exposer les résultats des examens d'urine que nous avons pratiqués chez nos malades.

CHAPITRE PREMIER

Recherches urologiques chez les peladiques

Le promoteur des études urologiques chez les peladiques est M. Jacquet, qui, dans deux séries d'analyses portant sur un ensemble de 80 cas, a trouvé d'une façon presque constante : l'hyperchlorurie et l'hypophosphaturie jointe à l'hyposulfaturie. Nous avons employé pour nos analyses d'urines, sur l'importance desquelles M. Sabouraud a bien voulu attirer notre attention, la méthode de M. Joulie, méthode exposée tout au long dans son ouvrage intitulé *Urologie pratique et Thérapeutique nouvelle*. Dans ce livre, M. Joulie décrit un nouveau procédé de dosage de l'acidité urinaire, par saturation de l'urine avec une liqueur titrée de sucrate de chaux, et un nouveau mode d'expression de cette acidité urinaire, et en général de toutes les déterminations urologiques, en les rapportant, non plus à la quantité rendue en 24 heures, ni au litre, mais bien à l'excédent de densité de l'urine sur l'eau, c'est-à-dire à un chiffre précis et facile à trouver au moyen du densimètre, et qui a l'avantage d'être sensiblement proportionnel à la quantité de matériaux fixes contenus dans l'urine à examiner.

Après avoir rappelé comment l'acidité urinaire provient du sang, qui, bien que de réaction alcaline, jouit de propriétés chimiques acides par l'acide carbonique libre et les phosphates acides qu'il contient, M. Joulie montre l'influence mauvaise de l'excès ou du défaut d'acidité du sang sur le bon fonctionnement de l'économie et en déduit l'importance de la notion de l'acidité urinaire, qui traduit celle du sang et par suite, dans une certaine mesure, l'état de santé du sujet examiné.

Mais, suivant M. Joulie, les procédés ordinaires de dosage de l'acidité urinaire par une solution de soude titrée et l'emploi du tournesol, ou par la phénol-phtaléine, donnent suivant l'expérimentateur des résultats si discordants et si variables pour une même urine examinée, qu'on ne peut baser sur eux des chiffres certains. C'est après avoir fait ces constatations sur lui-même que M. Joulie a eu l'idée d'employer une solution titrée de *sucrate de chaux*, qui a l'avantage de ne nécessiter aucune réaction colorée spéciale, dont l'appréciation peut varier d'un observateur à l'autre, et *qui détermine, dès que la saturation des acides libres et des phosphates acides de l'urine est obtenue, un précipité très net de phosphate de chaux*, très facilement visible dans une urine préalablement limpide. On obtient l'acidité au litre A par la formule suivante : $A = T_s \times S \times 50$, dans laquelle :

T_s représente le titre du *sucrate de chaux* ;

S la quantité de *sucrate* employée ;

50 le chiffre par lequel il faut multiplier le précédent produit pour obtenir l'acidité au litre, étant donné qu'on a opéré sur 20^{cc} d'urine = (20^{cc} $\times$ 50 = 1 litre).

* Seulement, la connaissance de l'acidité au litre n'est pas absolument utile pour la pratique parce que 1^o le volume d'urines par 24 heures varie d'un individu à l'autre et d'un jour à l'autre chez le même individu ; 2^o la quantité d'eau entraînée par l'urine varie surtout dans de grandes proportions suivant la quantité de liquides ingérés, suivant les pertes subies par la transpiration et l'évaporation pulmonaire et cutanée, etc. .

Ce n'est donc pas au volume (litre ou 24 heures) qu'il faut rapporter l'acidité de l'urine, mais bien à *la quantité de déchets organiques*

solides qu'elle tient en dissolution. Malheureusement la détermination exacte de cet extrait sec est très difficile à cause des nombreuses causes d'erreur qui s'y glissent et de la délicatesse des manipulations chimiques qu'elle nécessite. Mais il y a un moyen de tourner la difficulté, c'est de rapporter le chiffre de l'acidité (calculée pour 1 litre), c'est-à-dire la quantité A, à l'*excédent de densité de l'urine sur l'eau*, qui traduit, non pas la proportion exacte des matières sèches, mais une quantité suffisamment proportionnelle.

Le rapport de l'acidité à l'excédent de densité s'obtient alors par la formule :

$$R = \frac{A \times 100}{E}$$

A étant l'acidité au litre.

E l'excédent de densité de l'urine sur l'eau.

100 le chiffre par lequel on multiplie l'acidité au litre; pour ne pas obtenir de nombres fractionnaires trop petits. De cette façon, R n'indique pas l'acidité par unité d'excédent de densité, mais bien *le pourcentage en acidité* de l'excédent de densité de l'urine sur l'eau.

La valeur E, variant avec la température, comme la densité de l'urine dont elle dérive, il suffit de se reporter à une table spéciale de correction, qui permet d'établir la valeur exacte de E à toutes les températures de l'urine examinée entre 40° et 36°5.

De plus, on voit que le rapport R est indépendant de la proportion d'eau contenue dans l'urine. Si, en effet, cette proportion d'eau augmente, les valeurs A (acidité au litre) et E (excédent de densité), diminuent proportionnellement, ce qui ne change pas le rapport de la fraction : $\frac{A \times 100}{E}$.

Certes il existe d'autres rapports urologiques importants ou seulement intéressants à connaître dans certains cas donnés (Coefficient d'oxydation ou coefficient de Bouchard. Rapport azoturique. Rapport de l'urée à l'acide urique. Rapport des matières minérales aux matières solides totales, etc...)

Mais tous ces rapports présentent un défaut capital au point de vue théorique et pratique : c'est qu'ils exigent chacun deux déterminations souvent aussi peu précises l'une que l'autre et toujours assez difficiles

à obtenir dans la pratique courante. Tandis que dans le rapport $\frac{A \times 100}{E}$ et dans tous les autres rapports urologiques trouvés suivant la même formule, un des termes du rapport au moins est précis, c'est la valeur E qu'on trouve facilement et rapidement en plongeant un densimètre dans l'urine et en prenant sa température pour faire la correction établie par la table précitée.

Enfin, M. Joulie insiste sur la nécessité de n'opérer dans les analyses que sur les urines du matin, c'est-à-dire, celles recueillies au lever, le malade ayant autant que possible uriné dans la nuit. Ces urines du matin sont, en effet, dans les meilleures conditions pour être influencées le moins possible par les différentes ingestions alimentaires.

Nous avons cru devoir donner cette description théorique sommaire de la méthode de M. Joulie parce qu'on a récemment contesté sa valeur et son exactitude. M. Gautrelet (1) s'est efforcé de démontrer dans un article qui ne se recommande pas précisément par la clarté de l'exposition, que le mode de détermination de l'acidité urinaire employé par M. Joulie n'exprimait qu'une partie de cette acidité, celle afférente aux sels acides et à une partie des acides libres, et ne tenait pas compte de l'acidité due aux *acides amidés* (pigments, dont les principaux sont l'urobiline et l'uro-érythrine); que, par conséquent, les chiffres trouvés pour l'acidité urinaire étaient trop faibles.

Il est très certain, en effet, que le procédé de Joulie ne sature pas toute l'acidité, pas plus, du reste, que le procédé de la solution de soude ou de la phénol-phtaléine. Mais il ne s'ensuit pas qu'on ne doive pas tenir compte de ses résultats, alors que M. Joulie, lui-même, prend soin de nous prévenir « qu'il ne faudra tenir compte, dans les conclusions pathologiques à tirer des analyses, que des écarts importants, l'état actuel de nos connaissances ne permettant pas d'attacher une valeur absolue aux précisions que nous avons admises pour les rapports normaux ». Du reste, si M. Gautrelet a attaqué avec vivacité

(1) GAUTRELET. Etude critique du procédé Joulie, *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, janvier 1891.

la méthode de M. Joulie, d'autres l'ont défendue, témoin : M. Bardel(1) qui déclare : 1° que les procédés acidimétriques de l'urine sont tous défectueux et plus mauvais que celui de M. Joulie ; 2° que le rapport de l'acidité au litre ou aux 24 heures est une donnée sans valeur ; 3° que les rapports : acidité au litre à excédent de densité, à extrait sec, et à azote total sont sensiblement les mêmes.

Nous avons donc employé dans nos analyses la méthode de Joulie parce qu'elle donne, croyons-nous, des résultats suffisamment précis, tout en n'exigeant pas de compétence chimique spéciale, et nous avons recherché l'acidité urinaire et l'acide phosphorique au litre et le rapport de ces quantités à l'excédent de densité.

Toutes nos déterminations ont été faites par nous-même, au laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis, où nous avons eu à notre disposition les instruments et les produits nécessaires. Du reste, il suffit de lire l'exposé pratique que fait M. Joulie de son procédé pour voir qu'il n'exige de la part du médecin qui veut l'employer que peu de connaissances chimiques spéciales. Il suffit d'avoir des solutions exactement titrées (sucrate de chaux pour l'acidité urinaire, nitrate d'urane et acétate de soude pour l'acide phosphorique). Ces titrages, nous les avons faits avec le plus grand soin et en nous conformant minutieusement aux indications de M. Joulie. En ce qui concerne le sucrate de chaux, dont le titre varie à la longue, nous avons repris son titre exact régulièrement tous les deux jours, comme le recommande aussi M. Joulie. Nous croyons donc nous être mis, autant que possible, à l'abri de toute cause d'erreur provenant des manipulations mêmes, et d'ailleurs, dans quelques cas, nos résultats ont coïncidé avec ceux obtenus pour une même urine analysée au même moment dans le laboratoire de M. Joulie.

Il ne nous reste plus qu'à exposer les chiffres que nous avons obtenus et qu'on trouvera dans le tableau ci-dessous.

(1) BARDEL. Discussion à la Soc. de Thérapeutique (séance du 28 décembre 1900). In Bull. des Sc. pharmacologiques.

NOMS	AGE	FORME DE PELADE	DATE DE SON DÉBUT il y a :	DATE	RÉSULTATS DES EXAMENS D'URINE					INFLUENCE MÉDICAMENTEUSE
					Acidité au litre (0,849)	Ac. phos. au litre (2,684)	Ext. de densité (18,84)	A. E. (4,35)	Phos. P. (11,47)	
1. M ^{lle} D	47	Découverte totale généra- lisée.	8 mois.	20 2/01	0,443	1,750	25,25	4,79	6,90	Ce malade a pris pendant deux mois au moins de l'acide phosphorique.
2. Guill ^{mo} A. . .	29	Découverte.	7 ans.	22 2/01	0,753	0,765	20,16	3,73	3,79	
3. M. B.	30	Découverte totale. — Sujet syphilitique. — Eczéma- teux.	4 ans.	17 1/01 31 1/01 14 2/01	0,240 0,487 0,466	1,011 0,738 0,820	13,46 9,34 8,16	4,81 5,21 5,71	7,68 7,90 10,04	
4. Berthe C. . .	48	Découverte totale (ophia- sis ancienne)	9 mois.	14 2/01	0,349	1,094	16,44	2,12	6,65	
5. M ^{lle} D	48	Découv. ante.	2 ans 1/2.	27 1/01 15 1/01	0,448 0,855	0,820 0,984	15,34 16,08	2,92 5,31	5,34 6,11	Prend dans l'intervalle trois cuillerées à café de la solution phosphorique.
6. Eugénie D. .	30	Découverte totale datant de l'enfance.	Ancien.	12 1/01	0,840	0,709	22,24	3,77	3,18	
7. Gaston D. . .	9	Découverte totale. — Hé- rédité.	4 ans.	5 2/04 12 1/01	1,517 0,498	3,008 0,483	28,74 14,64	5,27 3,40	10,46 3,29	
8. Paul G. . . .	32	Découverte (origine ner- veuse.)	4 ans (8 jours après une chute).	5 2/04	1,083	4,402	36,17	2,99	11,34	
9. Philibert G. .	36	Découverte (origine ner- veuse). — Syphilis.	4 an.	22 2/01 19 1/01	1,407 0,475	2,789 0,929	31,74 20,64	3,48 2,30	8,76 4,50	Traité à la solution phospho- rique.
10. Henri H. . . .	23	Découverte généralisée.	7 ans.	12 2/04 14 2/01	0,597 1,165	1,340 1,695	22,28 28,25	2,68 4,12	6,01 6,01	
11. M. Li.	35	Découverte en repousse. — Récidives.	9 ans.	26 1/01 16 2/01	0,719 0,787	2,023 2,406	25,15 26,34	2,84 2,98	8,01 9,13	Prend de la solution phos- phorique.
12. M ^{me} Lo. . . .	30	Découverte totale ancienne (origine nerveuse).	13 ans.	14 2/01	1,048	2,242	28,34	3,69	7,91	
13. Hermanc ^e M. .	49	Découverte totale en re- pousse.	5 ans 1/2.	22 1/01 12 2/01	0,396 0,717	1,695 1,422	19,95 12,74	1,98 5,62	8,49 11,46	Prend de la solution phos- phorique.
14. M. N.	58	Découverte totale.	10 mois (par la barbe).	12 1/04 5 2/04	0,577 0,722	0,967 1,750	21,16 19,74	2,72 3,65	4,57 8,60	
15. Alphonse C. .	21	Découverte totale.	4 ans.	26 2/01 17 1/01	0,622 0,793	3,401 2,398	33,54 30,16	1,85 2,60	10,14 8,61	A pris de 3 à 5 cuillerées à café de la solution phosphorique par jour.
16. Pierre V. . . .	33	Découverte totale.	6 ans 1/2	14 2/04 22 1/01	0,699 0,396	1,449 1,777	15,34 26,54	4,55 1,52	9,44 6,69	
17. Marie D. . . .	33	Pelade au début en aire unique.	1 mois.	14 2/01 46 1/01	0,699 0,962	2,105 2,570	26,16 31,46	2,67 3,05	8,04 8,24	Solution phosphorique (mêmes doses).
18. M ^{me} G.	30	Pelade au début en aire unique.	15 jours.	12 2/04	0,956	2,105	17,44	5,48	12,06	
19. Olive L. . . .	30	Pelade, une seule plaque occipitale.	1 mois 1/2.	9 2/01	0,697	1,914	23,34	2,98	8,20	
20. Louis M. . . .	32	Pelade, une plaque tem- porale.	1 mois.	15 1/01	0,647	1,422	24,34	2,65	5,84	
			3 mois.	23 1/01	0,466	1,285	18,44	2,32	6,96	

23. Constant R.	26	Pelade récédante (1 ^{re} atteinte à 19 ans).....	1 an.	12 2/01	0, 717	3, 555	32, 17	2, 22	41, 05	
24. Jacques A.	35	Pelade en aires multiples ancienne.....	2 ans.	23 2/01	0, 900	2, 844	32, 16	2, 79	8, 84	
25. Jean B....	23	Pelade en aires (2 plaques temporales gauches)...	6 mois.	12 1/01 7 2/01 26 2/01	0, 892 2, 379 0, 933	2, 289 2, 379 2, 188	31, 64 28, 44 25, 34	2, 81 5, 08 3, 68	7, 23 8, 36 8, 63	Ce malade, soumis au traitement par la solution phosphorique, montre un relèvement très lent du taux de son acide phosphorique.
26. Auguste Ch.	20	Pelade en aires multiples (occiput et rég. fo pariétale).....	1 an.	12 1/01	0, 918	2, 041	26, 64	3, 43	9, 04	
27. M. D.....	49	Pelade en aires diffuses ayant débuté par la barbe.....	9 ans.	26 1/01 16 2/01	0, 676 0, 630	4, 041 0, 929	22, 25 14, 99	3, 03 4, 20	4, 54 6, 19	Soumis au traitement phosphorique.
28. François P.	32	Pelade de la barbe seulement.....	6 mois.	28 1/01	0, 585	3, 391	32, 54	1, 79	10, 42	
29. M ^{lle} B.....	47	Pelade en aires multiples.	?	14 2/01	0, 932	2, 625	28, 16	3, 30	9, 32	
30. M. A. L....	30	Pelade récédante.....	2 ans.	12 2/01	1, 362	2, 785	26, 74	5, 09	10, 41	
31. M ^{me} D.....	45	Pelade à grandes aires ancienne.....		11 1/01 6 2/01 26 2/01	1, 097 1, 589 0, 830	4, 612 2, 787 3, 391	26, 95 26, 84 25, 64	4, 07 5, 92 3, 23	5, 97 10, 38 13, 22	Cette malade, soumise au traitement phosphorique, voit son acidité et son acide phosphorique se relever graduellement. Avant la dernière analyse, elle prenait, avec sa solution phosphorique, un peu de carbonate de chaux qui a abaissé l'acidité.
32. Lucie B....	16	Pelade en aires multiples.	Ancienne.	31 1/01	0, 468	0, 273	16, 34	2, 87	1, 67	
33. Yvonne G.	5 1/2	Alopécie diffuse.....	1 an.	1 ^{er} 2/01	0, 505	1, 969	20, 44	2, 47	9, 63	
34. René O....	16	Décalvante totale. (Plusiieurs récédives).....	7 ans.	17 1/01	0, 844	2, 735	31, 95	2, 63	8, 56	
35. Léon F....	12 1/2	Pelade ophiasique (récidive).....	4 ans.	12 1/01	0, 341	0, 709	14, 54	2, 34	4, 88	
36. Georges L.	14	Décalvante totale (suite d'ophiasis).....	3 ans.	15 1/01	0, 871	2, 379	33, 25	2, 61	7, 45	
37. Fernand R.	13 1/2	Ophiasis en repousse.....	1 an 1/2.	17 1/01 12 2/01	0, 625 0, 664	2, 105 2, 461	26, 44 27, 28	2, 36 2, 43	9, 37 9, 02	Soumis au traitement phosphorique. Le taux A E et Phos E reste stationnaire.
38. Fortuné N. M ^{me} M. (1).....	14 30	Ophiasis ancienne..... Pseudo-pelade (pseudo-favus cicatriciel). Chute abondante des cheveux.	8 mois.	15 2/01	0, 450	1, 148	22, 08	2, 03	5, 19	
M. D.....	25	Alopécie de la moustache, sans aires. Prurit.....	"	18 1/01	0, 593	1, 531	26, 34	2, 25	5, 81	
S. S.....	16	Eczéma généralisé du cuir chevelu. Alopécie.....	"	14 2/01	1, 465	2, 516	29, 34	3, 97	8, 56	
Tr.....	13 1/2	Même affection.....	"	7 2/01 31 1/01	1, 300 0, 546	2, 105 2, 050	21, 16 26, 34	6, 14 1, 99	9, 94 7, 54	

(1) Ces 4 derniers examens d'urines ont été faits chez des malades présentant des affections autres que la pelade, mais s'accompagnant toujours d'alopecie.

Rappelons que les chiffres normaux admis sont :

1° Pour l'acidité au litre : A.....	0,849
2° Pour l'acide phosphorique au litre : PhO^5	2,083
3° Pour l'excédent de densité : E.	18,64
(à une temp. de 15°)	
4° Pour le rapport de l'acidité au litre à l'excédent de densité : (pourcentage en acidité de l'excédent de densité de l'urine sur l'eau). Rapport $\frac{A \times 100}{E}$	4,55
5° Pour le rapport de l'acide phosphorique à l'excédent de densité (pourcentage en acide phosphorique de l'excédent de densité de l'urine sur l'eau). Rapport $\frac{\text{PhO}^5 \times 100}{E}$	11,17

Nous ferons remarquer enfin que les chiffres importants dans le tableau ci-dessus sont *ceux des deux dernières colonnes* exprimant le rapport de l'acidité à l'excédent de densité et le rapport de l'acide phosphorique à l'excédent de densité.

Sur les 58 analyses qui fournissent les chiffres ci-dessus, nous voyons qu'il y a d'une façon à peu près constante hypoacidité et hypophosphaturie chez ces 38 peladiques. Une première constatation s'impose, c'est que l'administration à ces malades de la solution phosphorique (1) a presque toujours relevé le taux de l'acidité et de l'acide phosphorique, quelquefois jusqu'aux chiffres normaux, quelquefois même au-delà.

En classant les chiffres ci-dessus (en ne considérant bien entendu pour chaque malade que les chiffres de la première analyse qui seuls n'ont pas été influencés par un traitement acide ou alcalin) nous trouvons sur les 38 peladiques examinés en ce qui concerne le rapport de l'acidité à l'excédent de densité :

(1) Cette solution est celle que recommande M. Joulie :

Phosphate de soude pur cristallé.....	125 gr.
Acide phosphorique officinal.....	69 gr.
Eau distillée.....	Q. s. pour 1 litre.
3 à 5 cuillerées à café par jour.	

Rapp. $\frac{A \times 100}{E}$	de 0 à 2 = Hypoacidité très marquée....	4 fois.
—	de 2 à 3 = Hypoacidité moyenne.....	21 fois.
—	de 3 à 4 = Hypoacidité légère.....	10 fois.
—	de 4 à 4,55 = Acidité normale.....	2 fois.
—	au-dessus de 4,55 = Hyperacidité.....	1 fois.

En ce qui concerne la phosphaturie, nous avons :

Rapp. $\frac{PhO^s \text{ (au litre)} \times 100}{E}$	de 0 à 6 = Hypophosphaturie très marquée.	12 fois.
—	de 6 à 10 = Hypophosphaturie moyenne....	22 fois.
—	de 10 à 11,17 = Hypophosphaturie légère.....	4 fois.
—	au-dessus de 11,17 = Hyperphosphaturie	0 fois.

Nous ne prétendons nullement que cette hypoacidité et cette hypophosphaturie presque constantes chez nos peladiques soient des troubles spéciaux à la pelade. Il est certain qu'on les retrouvera dans beaucoup d'autres affections, particulièrement chez les névropathes et chez les anémiés ; mais ces résultats prouvent que la pelade elle aussi est liée à des troubles de l'état général, qu'il y a à son apparition des raisons profondes et que ce n'est pas une affection purement locale.

Nous sommes d'autant plus fondés à poser ces conclusions que les résultats des analyses d'urines entreprises dernièrement par MM. Jacquet et Portes chez les peladiques, confirment les nôtres, tout au moins en ce qui concerne l'hypophosphaturie. Le trouble le plus constant mentionné, il est vrai, par MM. Jacquet et Portes est l'hyperchlorurie, mais cette hyperchlorurie ne s'accorde-t-elle pas avec l'augmentation de l'excédent de densité que nous trouvons 44 fois sur 58 analyses.

CHAPITRE II

Recherches cliniques sur la contagiosité

Nous arrivons maintenant à nos recherches personnelles cliniques sur la contagiosité de la pelade.

Dans la discussion qui eut lieu à l'*Académie* entre contagionnistes et non-contagionnistes, à la suite du rapport de M. Besnier, M. Ollivier concluait en disant que c'était à la statistique qu'il appartiendrait de départager les opinions. En présence des incertitudes qui entourent encore aujourd'hui la nature de la pelade, c'est en effet aux constatations cliniques qu'il faut nous adresser, pour résoudre la question pratique de l'admission ou de la non admission des peladiques dans les diverses agglomérations.

Nous avons été souvent frappé, au cours de l'examen des observations recueillies par plusieurs des auteurs qui ont avant nous étudié cette question, de la facilité avec laquelle ils admettaient la contagion dans nombre de cas où elle était présumable, mais en tout cas pas vérifiée. C'est par douzaines qu'on pourrait rappeler les observations où un peladique *aurait* pris la pelade d'un malade atteint de la même affection, malade qu'on n'a pas vu. Nous ne nous dissimulons pas qu'il est difficile, dans tous les cas, de faire une enquête complète et surtout toujours probante dans un sens ou dans l'autre, particulièrement dans le milieu hospitalier des grandes villes où chaque individu est exposé à tant de contacts dont il ne garde pas le moindre souvenir. Nous nous sommes appliqué cependant à vaincre ces difficultés. Chaque fois qu'un peladique se présentait à notre examen, par la recherche du mode de début de son affection, par un interrogatoire minutieux sur sa famille, sur son entourage habituel et ses relations possibles, nous cherchions à établir si oui ou non le peladique en question avait été en contact avec un autre individu atteint d'une affection qui pût être la pelade.

Quoique les femmes surtout et quelques hommes qui portent les cheveux assez longs, puissent dissimuler à leurs voisins une plaque de pelade, il est bien certain qu'un individu qui s'aperçoit à un moment donné d'une plaque sans cheveux, s'inquiète toujours, étant donnée la croyance si répandue dans le public à la nature contagieuse de la pelade, de savoir où et comment il a pu contracter son affection. Il cherche donc autour de lui et le plus souvent nos malades nous répondaient qu'ils ignoraient totalement l'origine de leur pelade.

Chaque fois, au contraire, qu'un cas douteux ou suspect de contagion nous a été signalé, nous l'avons contrôlé et cela, en nous faisant conduire aux consultations de Saint-Louis ou de la Rochefoucauld l'individu qui était suspecté d'en avoir contagionné un autre, ou en allant à domicile vérifier nous-mêmes les cas douteux. De plus, chaque fois qu'un enfant peladique nous était amené de l'école et qu'on nous signalait dans la même école d'autres enfants suspects, ce qui arrivait le plus souvent, mais presque toujours à tort, nous nous sommes rendu à l'école dite, où grâce à l'obligeance de MM. les Directeurs et de M^{mes} les Directrices, nous pouvions contrôler à loisir le cas suspect.

En somme, pour chaque cas, nous avons conduit l'enquête étiologique aussi loin qu'il était possible, sans blesser certaines susceptibilités particulières et sans nuire aux intérêts d'un malade qui désirait que son affection restât cachée.

Quant à la transmission de la pelade par le coiffeur, on comprend toute la difficulté de l'enquête à ce sujet. La réalité de cette transmission a surtout été admise à cause des épidémies militaires que les médecins attribuent à la tondeuse. Dans la vie civile on peut supposer toujours cette transmission, mais en prouver nettement l'origine et la filiation est moins facile.

Les coiffeurs reconnaissent volontiers qu'il leur arrive de couper les cheveux à des peladiques ; mais ils se défendent toujours, et peut-être à juste raison, de donner la pelade à d'autres clients. Si sur ce point les enquêtes sont difficiles, quelques constatations bien simples peuvent cependant l'éclaircir. Si la transmission par le coiffeur était l'origine habituelle de la pelade, comment se pourrait-il que des femmes qui n'ont jamais eu aucun contact avec le coiffeur, qui n'ont

jamais prêté leurs peignes ou leurs objets de toilette, qui n'ont pas essayé de chapeau chez une modiste depuis plusieurs mois, qui sont sûres enfin de n'avoir été en contact avec aucun peladique, comment se fait-il que ces femmes présentent aussi bien que les hommes une plaque de pelade ? Il y a mieux encore : nous avons eu la bonne fortune d'avoir parmi nos malades deux cas, dont l'un tout au moins se rencontre certainement bien rarement, et qui tous deux éliminent la possibilité d'une contagion par le coiffeur. Dans le premier il s'agit d'un homme qui, *se faisant couper les cheveux par sa femme*, n'était pas entré chez un coiffeur depuis plus de 4 ans, ce qui ne l'empêcha pas de présenter une pelade absolument caractérisée. Dans le second, il s'agit d'un homme atteint de pelade de la barbe, bien qu'il se rase lui-même depuis plusieurs années. Dans ces deux cas, la recherche de tous les moyens de contagion fut négative, et la possibilité de la transmission par le coiffeur était impossible à admettre.

M. le Dr Sabouraud nous a cité à ce propos le fait bien probant d'un soldat, atteint de pelade de la barbe, qui se servit pendant deux ans du rasoir de son capitaine sans que ce dernier ait jamais été contagionné.

Nous avons vainement cherché pendant les quelques mois où nous avons recueilli les matériaux de ce travail une épidémie de pelade à laquelle nous puissions assister ; nous n'en avons pas vu, et les quelques soldats peladiques dont nous avons pu prendre les observations au Val-de-Grâce et à l'hôpital Saint-Martin ne provenaient d'aucun foyer peladique.

Enfin nous savons qu'en matière de contagion un fait positif bien établi a plus de valeur que des milliers de faits négatifs et, comme nous l'avons dit dès le début, nous n'avons pas la prétention de trancher la question de la contagiosité de la pelade dans un sens ou dans l'autre ; mais nous croyons qu'un certain nombre de faits soigneusement observés et prouvant nettement la non-contagion, doivent être des raisons sérieuses de se montrer moins rigoureux vis-à-vis des peladiques au point de vue des mesures prophylactiques et d'isolement.

Nous avons recueilli tant à la consultation des maladies de peau de

La Rochefoucauld qu'aux consultations de Saint-Louis : (grande consultation) et consultation du jeudi, faite par M. Sabouraud au laboratoire de l'école Lailler, environ 200 observations dont une bonne partie a été fournie par les peladiques de l'école B à Saint-Louis.

Nous avons néanmoins réuni 70 observations de peladiques adultes appartenant à la population civile, dont 47 hommes et 23 femmes. Il faut y joindre deux cas de pelade chez des gardiens de la paix et 12 observations de soldats peladiques recueillies au Val-de-Grâce et à l'hôpital Saint-Martin, ce qui donne un total de 84 cas de pelade d'adultes.

Nous avons observé en outre 50 cas de pelade chez des enfants, venus aux consultations précitées et non compris les enfants de l'école B qui forment le restant de nos observations.

Certes ce ne sont pas là des chiffres qui par leur nombre puissent de suite acquérir une valeur statistique très grande, étant donné surtout la fréquence de la pelade. Mais nous avons pensé que la qualité des faits valait mieux que leur quantité et on excusera le petit nombre de nos cas en songeant qu'ils ont été chacun l'objet d'une enquête étiologique sérieuse.

I. — Adultes.

Avant d'exposer nos observations, nous en donnerons un classement sommaire. Sur les 47 hommes nous trouvons :

5 cas de 15 à 20 ans.			
18	—	20 à 30	— { 9 entre 20 et 25 ans.
			{ 9 entre 25 et 30 —
13	—	30 à 40	— { 9 entre 30 et 35 —
			{ 4 entre 35 et 40 —
8	—	40 à 50	—
2	—	50 à 60	—
1	au-dessus de 60	—	

Au point de vue de la forme de pelade, présentée par nos malades, nous avons cru pouvoir adopter la division suivante, qui ne se rapporte qu'à l'aspect clinique et à l'allure générale de la maladie.

Nos 47 cas se répartissent ainsi :

- 12 pelades décalvantes : datant de 1 à 10 ans.
- 6 pelades récidivantes : 1^{re} atteinte datant quelquefois de l'enfance.
- 23 { 12 alopecies en aire unique : datant de 4 jours à 6 mois.
- 11 alopecies en aires multiples : datant de quelques jours à 10 ans.
- 4 pelades de la barbe seule : datant de 15 jours à 6 mois.
- 1 pelade ophiasique à début récent.
- 1 calvitie séborrhéique, avec pelade douteuse.

47

Donnons les mêmes divisions pour les 23 cas de pelades chez des femmes. Nous en trouvons :

- 4 de 15 à 20 ans.
- 15 de 20 à 30 — { 6 entre 20 et 25 ans.
- 8 entre 25 et 30 —
- 1 de 30 à 40 —
- 3 de 40 à 50 —

Suivant la forme de pelade, nous avons :

- 6 pelades décalvantes : datant de 1 à 20 ans.
- 4 pelades récidivantes : datant quelques-unes de l'enfance.
- 12 { 7 alopecies en aire unique : datant de 8 jours à 3 mois.
- 5 alopecies en aires multiples : datant de quelques jours à 3 ans.
- 1 alopecie séborrhéique nette.

Nous ne nous exagérons nullement la valeur de ces divisions et convenons, par exemple, que les deux classes : alopecies en aire unique et alopecies en aires multiples pourraient être confondues en une seule, puisque souvent des surfaces glabres se produisent successivement chez un peladique qui n'en présentait qu'une au début. Nous avons adopté cette division simplement pour classer nos malades tels qu'ils se présentaient à nous pour la première fois. Nous verrons plus loin que c'est précisément et exclusivement dans ces deux classes des aires alopeciques uniques et des aires alopeciques multiples qui fournissent le plus grand nombre de cas et nous paraissent constituer la pelade vulgaire, que nous avons trouvé de rares cas suspects de contagion.

A. Pelades décalvantes. — OBS. 1. — M^{lle} D. ., 47 ans, couturière, 12 février, consultation de La Rochefoucauld. Décalvante totale et généralisée.

Cuir chevelu, sourcils, cils, aisselles, pubis, membres *absolument glabres*. La malade avait même quelques poils de moustache aux lèvres et au menton et qui sont tombés (Voir fig. 6).

Etat du cuir chevelu : séborrhée très marquée ; comédons abondants et noirs. Peau flasque assez facilement plissable ou dépressible ; on n'y trouve aucun duvet visible ni follet blanc (sauf une dizaine de poils isolés et courts).

Il y a un an environ, la malade a fait une chute dans une gare : plaies contuses à la tête soignées pendant une quinzaine de jours. Quelques jours après, à la suite d'une violente colère (?) la plaie s'est enflammée (rougeur, tuméfaction, fièvre) et en même temps sa sœur remarquait qu'elle avait le teint jaune (?) ; quelque temps après, tuméfaction de la langue, soignée deux ou trois jours, guérison. Cela avait lieu le jour de la Fête-Dieu 1900.

La malade dit qu'elle présentait depuis 7 ans environ, au sommet de la tête, une petite plaque alopécique qu'elle prétend avoir été causée par l'arrachement d'une mèche de cheveux. Néanmoins ce n'est qu'à partir du mois de juin 1900, que la malade a constaté la chute de ses cheveux qui venaient par poignées en se peignant et laissaient ensuite des plaques dénudées. La calvitie était à peu près *complète au mois d'octobre 1900*. L'alopécie s'est poursuivie sur tout le corps. Les ongles des doigts sont également altérés, leurs bords sont frangés et le corps de l'ongle est fissuré longitudinalement et grisâtre (Voir fig. 7).

Dents absentes à la mâchoire supérieure (appareil), fortement branlantes et cariées à l'inférieure.

Sujette aux migraines et aux névralgies dentaires qui ont disparu à partir du moment où l'alopécie fut complète.

Tempérament arthritique, douleurs articulaires fréquentes.

Très émotif et nerveuse.

Douleurs lombaires fréquentes. Urines sédimenteuses.

La malade est encore réglée, voit tous les quinze jours et abondamment, ne souffre pas d'ailleurs de ce côté.

Examen d'urines : Hypoacidité très marquée.

Hypophosphaturie moyenne.

Ni sucre, ni albumine.

27 mars. — Toujours glabre. Le cuir chevelu présente de nombreux cocons séborrhéiques et des utricules vufs de leur poil. Les ongles des mains sont toujours fissurés mais moins friables. Etat général bon. La malade avait suivi jusqu'à ce jour le traitement par la solution phosphorique, on lui prescrit un traitement interne arsenical.

Enquête : Nous voyons que le début de cette pelade décalvante doit être

attribuée à des troubles généraux que la-malade présenta quelque temps avant l'apparition de son affection.

Sa sœur qui vit constamment avec elle n'a rien.

La malade affirme n'avoir jamais vu dans son entourage de peladique. Il ne paraît pas pouvoir être ici question de contagion.

Obs. 2. — M^{lle} Berthe C..., 18 ans, couturière

21 décembre 1900. — Consultation de La Rochefoucauld.

Décalvante totale depuis le 27 avril 1900, époque à laquelle on a rasé les rares cheveux qui restaient.

(Cette pelade se serait montrée dès l'enfance sous forme d'ophiasis).

Actuellement on remarque au vertex une cicatrice irrégulière large de deux à trois doigts, provenant d'une brûlure par un liquide bouillant, datant de son tout jeune âge. Au voisinage de cette cicatrice et en deux ou trois autres points très limités, il reste quelques cheveux qui tranchent sur le reste du cuir chevelu, absolument glabre. Peu de séborrhée, mais le traitement est suivi depuis longtemps. Pas de flaccidité bien marquée de la peau.

Vers l'âge de 10 ans, les plaques alopéciques avaient augmenté d'étendue. Aucune maladie aiguë. Soignée pour chlorose pendant 6 mois (dont 4 mois de lit), il y a 3 ans. Depuis ce moment les cheveux ont commencé à tomber par touffes avec la plus grande facilité. La calvitie est devenue complète au mois d'avril de cette année. Pendant cette période, migraines et névralgies assez fréquentes.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, ne présentent rien ni l'un ni l'autre.

La malade a deux sœurs et trois frères. Les garçons n'ont rien.

De ses deux sœurs, l'aînée a une chevelure opulente. La cadette, âgée aujourd'hui de 25 ans, a eu, il y a 3 ans, une calvitie totale survenue en 4 à 5 mois. Elle est actuellement guérie, avec une repousse excellente :

(Observation extraite du registre 1897, des consultations de La Rochefoucauld):

Mars 1897. — M^{lle} C..., 22 ans. Pelade décalvante. Cheveux cassés en grand nombre ; bordure atteinte en arrière. Début il y a 5 mois. En ce moment, la plus grande partie du cuir chevelu est décalvée ; il ne reste plus qu'un petit toupet. Rares poils à la nuque ; là, cheveux cassés en petit nombre, repousse de follets grêles et peu abondants.

25 octobre 1897. — La chevelure a repoussé sur toute la partie supérieure du crâne. Il reste une plaque large comme 2 fr. au-dessus du bregma. De même au-dessus de l'oreille gauche. Quelques taches disséminées à la nuque, sur ces dernières repousse abondante de follets.

Dans cette observation, on ne peut encore incriminer la contagion pour expliquer la pelade survenue chez la sœur de la malade. Pourquoi cette contagion se serait-elle exercée si longtemps après le début de la pelade ophiasique de la première malade ? Nous verrons par l'observation suivante qu'il s'agit là de pelade familiale liée à des troubles généraux importants.

Obs. 3. — Eugénie D..., 30 ans, 13 décembre 1900, St-Louis.

(Cette observation a déjà été rapportée par Feulard sous le titre de « Pelade décalvante familiale » à la *Soc. de Derm.* en 1897).

Pelade décalvante totale; la malade porte perruque; peau du cuir chevelu très séborrhéique, un peu flasque, sourcils nuls. Céphalalgies fréquentes. Dents à peu près saines.

L'affection a débuté à l'âge de 8 ans, par une première plaque à la région temporale gauche. La malade ne se rappelle avoir eu jusqu'à cet âge aucune affection aiguë; ni rougeole, ni scarlatine, ni fièvre typhoïde. Soignée pendant 3 ans à l'hôpital St-Eugénie. L'alopécie a gagné de plus en plus et la malade est complètement chauve depuis l'âge de 11 ou 12 ans.

Mariée à 17 ans, elle a eu six enfants dont trois sont morts.

A ses deux premières grossesses en 1887 et en 1890, elle a observé une repousse partielle de cheveux par places. Ces cheveux assez longs d'emblée (0,10 cent. environ) poussaient vers le 4^e ou 5^e mois, étaient peu solides et ont disparu complètement après l'accouchement (Ce fait curieux avait déjà été relevé par Feulard). Le mari qui cohabite avec sa femme n'a rien.

Une petite fille de 4 ans non plus.

Un frère et une sœur n'ont rien.

Son fils, Gaston D..., âgé de 9 ans, présente une pelade totale depuis l'âge de 5 ans.

Comme antécédents: deux fois la rougeole (?) Scarlatine, broncho-pneumonie. C'est vers 5 ans, que les plaques ont débuté derrière les oreilles (type ophiasique). La calvitie est devenue totale malgré le traitement.

Son frère, âgé de 12 ans, qui couche avec le malade et qui se sert des mêmes objets de toilette n'a rien.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs égards: d'abord le fait bizarre de la repousse des cheveux chez la mère au moment de deux de ses grossesses; ensuite l'hérédité qui certainement dans ce cas explique l'apparition de la pelade chez l'enfant: il s'est agi d'ophiasis ayant pris la forme décalvante chez la mère et

l'enfant. Nous avons trouvé chez ces deux malades de l'hypoacidité moyenne et de l'hypophosphaturie très intense.

Nous allons maintenant rapporter quelques observations de pelade décalvante qui ont débuté à la suite de secousses nerveuses violentes et se sont comportées ensuite de la même façon que les précédentes.

Obs. 4. — Philibert G..., 36 ans, garçon de bureau, janvier 1901, St-Louis.

Décalvante ayant débuté il y a un an, par le vertex et s'étant étendue sur les parties latérales du cuir chevelu. En l'espace de 4 mois, la tête était presque complètement glabre. La barbe a été prise ensuite et présente des plaques alopeciques depuis 4 mois environ.

Actuellement : La tête est déglabré presque complètement; il ne reste que quelques touffes de poils, disposées à peu près symétriquement en couronne de chaque côté aux régions occipito-temporales. Quelques poils encore dans la barbe.

Sur le corps rien, les poils existent normaux. La peau du cuir chevelu n'est pas très séborrhéique; il n'y a pas d'orifices folliculaires noirs : elle est facilement plissable, mais pas très flasque. Moustaches absentes, il ne reste plus que quelques follets blancs disséminés.

Etat général : Tempérament très nerveux. Tremblements. Le malade se plaint de violentes démangeaisons sur le cuir chevelu et souvent sur les membres où il présente quelques lésions de grattage.

Dentition bonne. Pas de névralgies dentaires; migraines peu fréquentes.

Pas de varices. Hernie double (pointe à gauche, complète à droite).

Antécédents personnels : Vers l'âge de 17 ans, péritonite soignée pendant 5 à 6 ans.

Au service militaire, il y a une quinzaine d'années : *chancre syphilitique*; roséole, pas de plaques muqueuses, s'est bien soigné.

S'est marié en 1894 et a deux enfants, l'un de 5 ans et l'autre de 18 mois, tous deux bien portants.

Les cheveux ni les dents ne sont tombés à aucun moment de sa syphilis (le traitement a été suivi pendant 4 ou 5 ans).

Toux, expectoration abondante matin et soir. Il y a cinq mois, enrouement très prononcé ayant duré six semaines et disparu spontanément.

Début de sa pelade : Vers le mois d'octobre 1899, le malade aurait eu une violente frayeur, un mois avant l'apparition de sa plaque. Il tomba, en soulevant un coffre-fort de 900 kilog., qui faillit l'écraser. La peur lui fit perdre connaissance pendant dix minutes. Le malade se rappelle très

certainement ne pas s'être fait couper les cheveux entre le jour de son accident et le jour où sa mère s'est aperçue de sa première plaque peladique. Il s'était seulement fait raser, mais n'avait rien dans la barbe au début.

Sa femme a cohabité pendant un mois avec lui sans aucune précaution : même oreiller, même peigne. Ce n'est qu'après avoir consulté que le malade a gardé la tête couverte et un oreiller et des objets de toilette personnels. Sa femme ne présente rien.

Au mois d'avril 1900, un de ses camarades, déménageur, avec lequel il travaillait, a pris un jour son bonnet de coton imprégné de sueur, l'a gardé au moins pendant une heure et n'a présenté aucune trace de pelade dans la suite. Un de ses enfants a mis plusieurs fois sa casquette et n'a lui non plus rien présenté.

Analyse d'urines : Hypoacidité marquée.

Hypophosphatie intense.

Dans cette observation, la pelade nous paraît nettement d'origine nerveuse : le malade n'a eu aucun contact avec le coiffeur dans la période qui a suivi sa frayeur et précédé l'apparition de la première plaque. L'usage des mêmes objets de toilette, de sa casquette par ses proches n'a amené aucun cas de pelade autour de lui. Ce sont donc des faits de valeur en faveur de la non contagion.

Remarquons enfin que sa pelade n'a pu avoir aucun rapport avec sa syphilis antérieure, car elle est survenue 14 ans après l'accident primitif et l'on sait que les alopecies syphilitiques sont beaucoup plus précoces.

Obs. 5. — M^{me} L..., 30 ans, sous-surveillante, 16 février 1901, Saint-Louis.

Pelade décalvante totale datant d'il y a 13 ans.

Le début a eu lieu à l'âge de 17 ans, et en l'espace de 3 semaines les cheveux étaient tombés complètement. Etant en pension à cette époque, elle fut vivement effrayée par la foudre qui tomba plusieurs fois dans la même journée. Douée d'un tempérament très nerveux, elle fut saisie à cette occasion de violents tremblements à plusieurs reprises. A partir de ce jour, elle remarqua que ses cheveux tombaient abondamment au peigne et, un mois après, une petite plaque glabre apparut à la nuque, grandit, puis plusieurs plaques se formèrent autour et en 3 semaines, l'alopecie fut complète. La peau des surfaces dénudées était blanche et lisse. Un premier traitement dirigé par M. Vidal, à Saint-Louis, amena la repousse de duvet au bout de 6 mois environ. Au bout d'un an la repousse était

totale ; il n'y avait plus de plaques déglabrées, mais partout des cheveux longs de 1 cent. ou du duvet clairsemé par places.

La malade ayant négligé son traitement, les cheveux retombèrent une première fois ; deux ans de traitement par une lotion acétique amenèrent une bonne repousse. Puis à la suite de chagrins profonds (la malade pleurait tous les jours), une deuxième rechute se montra, l'alopécie débutant toujours par la nuque.

Depuis 4 ans, la malade a essayé divers traitements dont aucun n'a été suivi très régulièrement et elle est restée depuis cette époque dans l'état où elle se présente actuellement.

Etat actuel. — Cuir chevelu flasque et se plissant facilement. On y voit quelques follicles en bordure à la nuque et au front. Tout le reste de la surface est glabre, ponctué de comédons. La malade porte perruque. Les cils sont tombés récemment. Sourcils absents. Poils du pubis normaux.

Antécédents personnels. — La menstruation est apparue peu après le début de la pelade. Depuis, la malade est régulièrement réglée. Mariée, elle a un petit garçon âgé de 4 ans 1/2. Pas de migraines. Pas de névralgies dentaires. Bonne dentition. La malade se plaint de douleurs stomacales et vésicales durant une demi-journée environ, par accès revenant toutes les 10 minutes. Les crises (coliques hépatiques ou néphrétiques peut-être ?) s'accompagnent quelquefois de vomissements, et sont suivies de l'émission d'urines troubles.

En dehors de cela, l'état de santé est satisfaisant. Quelques petites varicosités aux jambes ; pas d'hémorroïdes. Pendant sa grossesse, il y a 5 ans environ, les sourcils et les cils sont tombés. Quelque temps après les poils de l'aisselle et du pubis étaient tombés par places seulement, mais ils ont repoussé depuis. Seuls les sourcils et les cils sont restés glabres ainsi que le cuir chevelu.

Examen d'urines le 14 février : Hypoacidité modérée.

Hypophosphaturie modérée.

Le mari et le petit garçon de cette malade n'ont jamais présenté trace de pelade.

Cette observation nous montre la pelade récidivant trois fois au moins et chaque fois succédant à une cause nerveuse (frayeur, ennui) ou à un affaiblissement de l'organisme (grossesse). Il n'est pas bien entendu question de contagion dans un cas semblable.

Obs. 6. — M. Paul G..., 32 ans, ingénieur, février 1901, Saint-Louis.

Pelade décalvante ayant débuté en 1897, huit jours après une chute de 7 mètres de haut. La moustache fut prise la première, puis la barbe, puis

le cuir chevelu. Le malade a remarqué que ses cheveux tombaient, atrophiés, sans bulbe. Depuis deux mois seulement, les cils sont tombés à leur tour. Le malade n'a jamais contagionné personne autour de lui.

Ici encore, pelade d'origine nerveuse évidente. Le malade devait nous fournir d'autres renseignements au sujet de sa famille et de son entourage. Mais il est parti en province et nous ne l'avons pas revu.

Obs. 7. — M. N..., 58 ans, commerçant, 12 janvier 1901, Saint-Louis.

Pelade décalvante totale, ayant débuté à Pâques 1900 dans la barbe. Quinze jours après, les cheveux sont tombés en grandes aires, tout en laissant quelques rares places encore garnies.

Actuellement le cuir chevelu est presque complètement glabre, luisant, et présente les pores des follicules pileux notablement élargis. Grandes plaques disséminées dans la barbe. Rien sur le corps.

Le malade n'a ni varices, ni hémorroides, ni hernies.

Dentition en assez bon état. Ni névralgies dentaires, ni migraines.

Il n'a présenté aucune affection spéciale ni aucun ennui ou surmenage nerveux au début de son affection. Mais il est persuadé que sa pelade a été la conséquence de la chute sur son visage d'une *poussière de mauvaise odeur* provenant d'un vieux placard qu'il ouvrit un jour (Ce placard n'avait pas été ouvert depuis plusieurs années). Cette cause paraît bien improbable, le malade racontant que la première plaque serait survenue dans la moustache le lendemain du jour où son visage fut souillé par cette poussière. En tout cas, il n'était pas allé chez le coiffeur depuis 3 mois, à ce moment, et n'a connu non plus aucune personne peladique. Le malade a fait lui-même une enquête approfondie et n'a contagionné non plus personne autour de lui.

28 mars. — Le malade qui, à la suite de la constatation d'hypoacidité et d'hypophosphaturie dans ses urines avait été soumis au traitement par la solution phosphorique, présente un cuir chevelu toujours à peu près dans le même état. Il y a cependant une repousse légère à la région antérieure frontale. Le traitement local avait bien entendu été institué.

Obs. 8. — René A..., 16 ans. Janvier 1901. — Rougeole. En 1890, malade pendant plusieurs mois (tœnia, bronchite, fluxion de poitrine. Décalvante totale, datant de 7 ans. Début par une petite plaque, à la région occipitale. Extension en ophiatis et plaques diffuses. En 1897 la repousse était complète. Peu de temps après (pneumonie), les cheveux ont recommencé à tomber et la tête est redevenue complètement glabre en très peu de temps.

Actuellement tête glabre, à l'exception de deux petites régions au vertex et à la région occipitale droite.

Sourcils et cils intacts.

La mère attribue le début de la pelade à une contagion problématique et nullement démontrable par une banquette de chemin de fer (?) pendant un voyage en juillet 1893.

L'enfant a toujours continué à fréquenter l'école, la tête couverte; aucun cas de contagion signalé. La mère qui le soigne constamment, n'a rien; son père non plus.

Obs. 9. — Guill. A..., 29 ans, brocanteur. Décembre 1900. — Deux atteintes de variole et la vaccine aurait pris deux fois chez lui.

Décalvante presque totale, ayant débuté il y a 7 ans à la nuque et ayant suivi le type ophiasique : il reste deux bouquets de cheveux aux régions temporales.

Sourcils, moustache, aisselle, pubis : intacts. *Récemment une plaque est survenue sur l'avant-bras droit*, le bras gauche n'a rien.

Le malade ne connaît aucune personne qui ait eu la pelade au moment où elle est apparue chez lui.

Marié depuis 7 ans : sa femme *n'a rien*. Objets de toilette séparés. Tête couverte la nuit.

Pas d'enfant.

Obs. 10. — M. B..., 30 ans, comptable. Janvier 1901. — Fièvre typhoïde à 24 ans, *syphilis à 22 ans* (pas d'alopécie consécutive).

Décalvante totale à marche très rapide, ayant débuté en mars 1897. Un mois 1/2 après, la tête était complètement chauve. Trois mois après, plus de sourcils ni de barbe, puis plus un poil sur le corps.

La repousse commence sur le corps bien qu'aucun traitement n'ait été fait.

Actuellement, commencement de repousse à la tête (tempes, nuques).

Barbe et moustache en voie de repousse lente.

Tempérament eczémateux.

Hypotomie très marquée des tissus.

Le malade vit avec son frère et sa sœur qui n'ont rien. Aucun contact avec aucun peladique, ni par son métier, ni ailleurs.

Obs. 11. — Charles O..., 23 ans, palefrenier. Janvier. — Fièvre typhoïde légère à 19 ans.

Décalvante presque totale (Sourcils peu fournis et présentant chacun vers la queue une petite plaque glabre. Aisselle et pubis très clairsemés). Ayant débuté à l'âge de 15 ans, il y a huit ans. Le malade l'attribue à

un coup de soleil dans les champs, suivi de céphalalgies violentes et de chute des cheveux.

L'alopecie a persisté avec des périodes de repousse partielle. Depuis 15 mois la décalvante est dans l'état actuel. Peau du cuir chevelu peu séborrhéique mais très flasque par endroits (occiput).

Chez lui, il a couché pendant 3 ou 4 ans avec un de ses cousins qui n'a présenté aucune trace de pelade. Deux sœurs qui se servaient des mêmes peignes et brosses que lui n'ont rien. Père et mère : rien.

Travaille depuis 3 ans chez son beau-frère. Son beau-frère n'a rien.

OBS. 12. — M. Ch..., 47 ans, menuisier. Mars 1901. — Chancre à l'âge de 20 ans, de nature douteuse (pas d'alopecie consécutive). Décalvante totale datant de dix ans environ. Vers l'âge de 35 ans : estafilade en se faisant raser chez le coiffeur. A la suite, *petit bouton*, puis plaque d'alopecie dans la barbe, à la joue droite.

Envahissement consécutif de la barbe et des moustaches.

Un an après, chute complète des cheveux et des poils du corps sauf aux membres inférieurs qui n'ont été déglabrés que jusqu'au genou.

Actuellement repousse de poils blancs adhérents. Nombreuses plaques glabres sur le cuir chevelu; facilement plissable. État séborrhéique très prononcé.

Sourcils sont restés glabres ainsi que les aisselles. Repousse au pubis.

Le malade est marié depuis 5 ans. Sa femme se sert des mêmes objets de toilette, ne présente rien.

Pas d'enfants.

N'a jamais connu de peladique autour de lui.

OBS. 13. — M^{lle} D..., 18 ans. Février 1901. — Zona à 2 ou 3 ans. Réglée à 11 ans; très forte anémie il y a 2 ou 3 ans.

Pelade généralisée datant de 2 ans 1/2; aurait débuté par des plaques clairsemées surtout aux tempes. Au dire de sa mère, la malade s'arrachait elle-même ses cheveux. Ce n'est qu'en novembre 1898 qu'apparurent 5 à 6 grandes aires alopeciques grandes comme 2 fr. à 5 fr. surtout aux régions latérales du cuir chevelu.

Le début de sa décalvante a coïncidé avec une anémie très intense.

Hypoacidité marquée.

Hypophosphaturie très marquée et persistante.

Aucun cas de contagion autour d'elle.

La mère qui la soigne depuis longtemps n'a rien, le père non plus.

OBS. 14. — Georges D..., 27 ans, employé de commerce. Décembre 1900. — Décalvante totale ayant débuté au cuir chevelu en février

1900. Auparavant le malade avait vu dans sa barbe quelques petites plaques et les cheveux ont blanchi, puis tombé. Au cuir chevelu, début par la nuque. Extension rapide, la tête étant devenue complètement glabre en juillet 1900.

La moustache a repoussé spontanément.

Aisselle et pubis, poils du corps : intacts.

Actuellement cuir chevelu et sourcils en repousse.

Tempérament nerveux, émotionnable.

Facies un peu pâle ; yeux brillants.

Sujet aux migraines ; carie dentaire.

Jambe gauche un peu variqueuse.

Pas d'hémorroïdes.

Le malade ne se rappelle avoir été en contact avec aucun peladique au début de son affection.

Deux ou trois ans *auparavant*, il avait connu un de ses amis atteint de plaques glabres disséminées.

Il ne croit pas non plus devoir incriminer son coiffeur.

Marié : sa femme n'a rien.

Tête couverte chez lui : perruque.

Objets de toilette séparés.

Obs. 15. — Henri H..., 23 ans. — Pelade généralisée totale. Début a 16 ans 1/2 sans retour en arrière.

Etat actuel : maigre duvet local qui s'enlève facilement à la main.

Ce malade n'a pas donné de renseignements n'ayant pas été vu à la consultation par nous.

Obs. 16. — M. L..., 35 ans, garçon à l'école Turgot. Janvier 1901. — Ictère au régiment ; fluxion de poitrine à 24 ans ; aucune maladie vénérienne.

Pelade décalvante ayant débuté il y a 9 ans. Après plusieurs alternatives de repousse et de chute des cheveux, il reste actuellement une pelade en aires diffuses des cheveux, de la barbe et du corps. Quelques plaques alopéciques sur les bras et les jambes ; sourcils clairsemés ; pubis intact ; en bonne repousse pour le moment.

Sa femme n'a rien, malgré que le malade n'ait pris aucune précaution prophylactique spéciale.

Il a gardé chez lui plusieurs des enfants de ses parents ; ceux-ci n'ont rien contracté.

Depuis 3 ans qu'il est à l'école Turgot, il n'a jamais vu de cas de pelade dans son entourage.

OBS. 17. — Hermance M..., 19 ans, modiste. Janvier 1901. — Croup à 3 ans ; plaque glabre temporale à 5 ans ? réglée à 13 ans (forte anémie). Décalvante totale, ayant débuté à l'âge de 13 ans 1/2, par une plaque temporale droite qui a gagné tout le cuir chevelu en plusieurs mois. Alternatives de repousse et de rechute ; actuellement repousse de cheveux pigmentés et solides ; plusieurs plaques encore glabres ou couvertes de follets blancs.

Sourcils glabres ; aisselles et pubis intacts.

Anémie intense ; troubles gastriques.

OEdème malléolaire le soir ; migraines fréquentes.

Pas de névralgie dentaire ; dents très saines.

La malade se rappelle qu'à l'école elle essayait souvent les chapeaux de ses camarades, mais n'en a remarqué aucune à ce moment qui ait eu la pelade.

Une sœur âgée de 16 ans, un petit neveu âgé de 6 ans n'ont rien.

La malade couche avec sa mère qui ne présente pas trace de pelade.

OBS. 18. — Pierre V..., 33 ans, infirmier. Janvier 1901.

Décalvante totale, datant de 6 ans 1/2, ayant débuté à la région occipitale. Traité 2 ans, salle Bazin : bonne repousse ; puis fièvre typhoïde et érysipèle qui amènent rechute et alopecie presque généralisée.

Actuellement : Vertex glabre ; alopecie diffuse aux régions occipito-temporales ; région frontale glabre avec nombreux follets, assez solides ; alopecie à l'aisselle gauche. Le reste du corps intact.

Varices à la jambe gauche.

Dentition très défectueuse.

Soupçon de phymatose.

Troubles digestifs.

Aucun antécédent de contagion.

Les observations que nous venons de rapporter s'appliquent toutes à des pelades décalvantes, qui plusieurs fois ont récidivé, mais dont le principal caractère cependant était la déglabration très étendue et quelquefois totale du cuir chevelu et du corps. Dans celles que nous citons maintenant, la récurrence a été le caractère important de la maladie. Dans celles-ci comme dans les précédentes, nous n'avons pas trouvé de cas de contagion.

OBS. 19. — Camille B..., 22 ans. Menuisier. Décembre 1900. Saint-Louis. — Plaques peladiques symétriques à la nuque derrière chaque

oreille ; une petite plaque à la région pariétale gauche, tout près de la suture sagittale. Toutes ces plaques sont en voie de repousse.

Les sourcils et la barbe sont peu fournis ; une petite surface glabre à la région mentonnière droite (*le malade se rase lui-même*).

Toutes ces plaques sont peu séborrhéiques et la peau présente à leur surface sa consistance à peu près normale.

Pelade ayant débuté à l'âge de 7 ans : ophiasis de Celse, ayant atteint à ce moment le sillon rétro-auriculaire, puis gagné le sommet de la tête, en ne laissant qu'une bande de cheveux en avant, à la région frontale et en arrière, à la nuque. La repousse s'est effectuée sur les régions glabres, mais l'alopecie a persisté aux régions mastoïdiennes.

Le malade est soigné à Saint-Louis depuis 3 ans. Mais le traitement a été interrompu pendant un an, à cause du service militaire. A cette époque (1899), la repousse était bonne et avait fait beaucoup de progrès. A la suite d'un coup de pied de cheval sur le nez et l'angle interne de l'œil gauche, traumatisme qui nécessita l'extraction d'un fragment d'os qui devait obstruer la narine gauche, le malade a remarqué que l'alopecie, qui était restée stationnaire jusqu'à ce moment, faisait de nouveaux progrès, toujours derrière les oreilles, et il a profité d'un congé de convalescence pour venir reprendre le traitement à Saint-Louis. La chute des cheveux est de nouveau arrêtée, il y a à gauche repousse de follets blancs encore peu solides.

Aucun antécédent héréditaire.

Aucune maladie antérieure, sauf rougeole à l'âge de 3 ou 4 ans, bien avant le début de son ophiasis.

Pas de migraines, pas de névralgies dentaires. Dents bonnes.

Le malade raconte que, dans son enfance, il jouait souvent avec un chien qui était atteint d'une maladie de peau caractérisée par des croûtes avec des plaques d'alopecie diffuse où persistaient quelques poils. Mais il a deux frères âgés de 24 et 26 ans qui jouaient également avec ce chien et qui n'ont jamais présenté de pelade. Pendant un certain temps ses frères se sont servis des mêmes objets de toilette que lui et n'ont rien eu. Il couchait à ce moment avec son frère aîné pendant 2 ans, étant déjà atteint de pelade et l'aîné n'a rien eu. Il a travaillé pendant un an dans un atelier avec une dizaine de camarades et n'a jamais vu de cas de contagion autour de lui.

Le malade nous déclare ensuite que sa mère présente une petite plaque grande comme 2 francs, dans la fossette de la nuque. M^{me} B..., 49 ans, vient, en effet, quelques jours plus tard, nous montrer une petite plaque glabre, occipitale, au centre de laquelle on sent nettement une induration cicatricielle. Elle a eu, à cet endroit un petit bouton (probablement petit

furoncle). Elle aurait présenté le même fait il y a 1 an et il y a 15 ans. Toutes ces surfaces glabres ont ensuite repoussé.

Cette observation nous paraît intéressante parce qu'elle contribue à montrer les nombreuses influences qui peuvent provoquer l'alopecie et les récidives chez un peladique en traitement. Ici c'est à la suite d'un traumatisme et d'une opération consécutive que l'alopecie a récidivé, loin de l'endroit du traumatisme, par influence nerveuse probablement. Elle montre aussi que les cas de prétendue contagion de l'animal à l'homme ont besoin d'être examinés de près. Si le chien dont il est question avait été atteint d'une affection cutanée vraiment contagieuse, pourquoi les deux frères du malade qui jouaient aussi avec lui n'ont-ils jamais rien présenté? Enfin nous ne croyons pas qu'on puisse invoquer la contagion pour expliquer les alopecies chez la mère; nous voyons bien que la première tache alopecique remonte à une quinzaine d'années, c'est-à-dire à l'époque où précisément l'ophiasis a débuté chez son fils. Mais nous sommes en droit de penser qu'à ce moment pas plus qu'actuellement il ne s'agissait de pelade, puisque la plaque que nous voyons aujourd'hui a tous les caractères d'une fausse pelade post-furunculuse. Au contraire, le fait que les deux frères du malade ne présentent rien malgré l'usage des mêmes objets de toilette et la cohabitation avec lui, est tout en faveur de la nature non-contagieuse de cette pelade.

Nous donnons ci-dessous 9 autres observations de pelade récidivante.

OBS. 20. — M^{me} C. . . , 25 ans, couturière. Mars 1901. — 1^{re} atteinte de pelade à 19 ans. Plaque peladique grande comme une pièce de 50 centimes, à la nuque, à gauche; apparue depuis un mois.

Chevelure épaisse, les cheveux tombent abondamment au peigne.

La surface glabre est très séborrhéique, comédons; visage également très séborrhéique.

Première atteinte de pelade il y a 6 ans, de l'autre côté du cuir chevelu.

La malade ignore où elle a pu prendre sa pelade.

Elle n'a jamais eu aucun contact avec le coiffeur.

Son mari, qui use des mêmes peignes qu'elle, n'a rien.

Deux enfants, une fille de 4 ans, un petit garçon de 6 mois n'ont rien.

OBS. 21. — M. R. . . , 32 ans, électricien. Mars 1901. — Plaque peladique occipitale apparue depuis 6 mois.

Première apparition à l'âge de 20 ans ; a complètement repoussé dans l'intervalle.

Ne connaît pas d'autre peladique parmi les ouvriers de son atelier.

Aucun renseignement de contagion possible.

OBS. 22. — Henri A. ., 32 ans, peintre en bâtiments. — Mars 1901. — Première atteinte de pelade à 20 ans. Plaque peladique grande comme une pièce de 2 francs, à la région occipitale gauche, en bordure (presque à la région mastoïdienne) ; apparue depuis une quinzaine de jours.

La première fois, il a eu une plaque de pelade de même forme et de même dimension, au régiment, à Tours.

Lors de sa première atteinte de pelade, il y aurait eu 15 cas en même temps dans son régiment. Mais le malade *croit qu'il avait sa plaque avant de partir*. Il n'y avait aucun cas dans sa chambrée.

Actuellement, sa femme n'a rien ; une petite fille qui va à l'école n'a pas vu de peladique dans son entourage.

OBS. 23. — M^{lle} D. ., 18 ans. Février 1901. — Première atteinte de pelade à 9 ans. Pelade récidivante.

Première atteinte à 9 ans ; plaque peladique sur le sommet de la tête. 2 ou 3 ans après, plaque à la région occipitale.

En 1899 et en 1900, au moment de l'été, d'autres plaques surviennent en d'autres régions du cuir chevelu.

Toutes ces plaques ont guéri, sauf deux, où il persiste une surface glabre.

Cette fois-ci, l'alopécie recommence depuis 2 ou 3 mois.

Il y a eu, en tout, 5 récidives distinctes.

OBS. 24. — Marguerite E. ., 22 ans, couturière. Mars 1901. — Première atteinte de pelade à 15 ans. 2 ou 3 plaques peladiques, clairsemées au cuir chevelu ; chute diffuse des sourcils et des cils ; pas d'alopécie sur le corps.

Pelade généralisée ancienne, datant de 7 ans environ ; l'alopécie fut complète en l'espace de 6 mois. Il y a eu, depuis, plusieurs périodes de repousse et d'alopécie. Mais, à chaque récidive, les plaques glabres étaient de plus en plus petites.

Aucune personne de sa famille ne présente de pelade.

OBS. 25. — M^{me} J. ., 29 ans. 9 avril 1901. — Première atteinte de pelade à 16 ans. Aucun antécédent héréditaire. Pelade à type ophiassique ayant débuté il y a 3 ans, à la nuque, par une petite tache grande comme une pièce de 50 centimes ; a gagné, depuis, toute la région occipitale infé-

rieure, qui est actuellement à peu près complètement déglabrée; cette zone se prolonge vers la zone mastoïdienne gauche et mesure environ 12 cent. dans le sens transversal, et 5 à 6 cent. dans le sens vertical.

Quelques follets blancs de repousse.

Première atteinte à l'âge de 16 ans, ayant repoussé au bout de 5 à 6 ans.

Deuxième atteinte, 5 ans après la première guérison (c'est-à-dire vers 26 ans; atteinte actuelle).

Bonne santé habituelle.

Pas d'alopécie sur le corps.

Ne se rappelle avoir eu aucun contact avec une personne peladique.

Elle est mariée et a un enfant. Son mari et son enfant n'ont jamais présenté trace de pelade.

OBS. 26. — M. L. ., 40 ans, surveillant à Bicêtre. Février 1901. — Première atteinte en avril 1900. Aucune affection grave.

Petite plaque peladique grande comme une pièce de un franc à la région occipitale, datant de 6 mois environ, sans agrandissement notable.

Bonne santé habituelle. Pas de migraines, ni névralgies dentaires; ni varices, ni hémorroïdes. Dents en assez bon état.

Une première plaque, apparue à la région temporale droite, en avril 1900, fut guérie en 3 mois.

Dans le personnel infirmier de Bicêtre, le malade ne connaît comme autre peladique qu'un garçon de service avec lequel il n'a aucun rapport.

Le malade se fait couper les cheveux par un coiffeur résidant dans l'établissement, tandis que l'autre peladique se fait couper les cheveux en ville.

Il ne connaît aucun peladique parmi les 200 aliénés qu'il a à surveiller.

OBS. 27. — Constant R. ., 26 ans, cordonnier. 12 février 1901. — Première atteinte à 17 ans; à 19 ans, chancre mou? Pas d'éruption; pas d'alopécie consécutive.

Plaque de pelade grande comme une pièce de deux francs à la région occipitale droite, datant de un an environ, en voie de guérison. Repousse au pourtour et quelques cheveux pigmentés au centre.

Première atteinte de pelade vers l'âge de 17 ans, à Niort (Pelade à type ophiasique ayant gagné toute la région occipitale et guéri en 4 mois).

Troubles digestifs. Constipation; hémorroïdes saignantes et douloureuses.

Le malade raconte que la première fois, à Niort, il aurait contracté sa pelade à la suite d'un échange de chapeau et d'une coupe de cheveux après un peladique et avec les mêmes instruments (mais cela s'accorde mal avec le fait que sa pelade avait le type ophiasique).

En revanche, il ne sait à quoi attribuer sa pelade actuelle. Il n'a été, en contact avec aucun peladique.

Obs. 28. — Joseph R..., 24 ans, chauffeur. Mars 1901. — Première atteinte à l'âge de 10 ans. Père chauve de bonne heure (fièvre typhoïde).

Deux plaques peladiques à la nuque apparues il y a 5 ou 6 mois. Cheveux clairsemés à la région antérieure; transpiration abondante de la tête; séborrhée du visage.

Première atteinte à l'âge de 10 ans (une seule plaque). Depuis, il y aurait eu une dizaine de fois repousse et rechute.

Pas de migraines, ni névralgies dentaires, ni varices, ni hémorroïdes, ni hernies.

Au régiment, le malade avait eu déjà des plaques peladiques (25^e section de commis-ouvriers à Lyon), on ne lui a jamais fait suivre de traitement, ni subir d'isolement. Il y aurait eu quelques autres soldats peladiques dans la même section, mais pas dans la même chambrée. Ne se rappelle avoir vu aucun peladique quand il allait à l'école. Une sœur n'a rien (abondante chevelure). Un frère a une plaque que le malade attribue à un traumatisme ancien (nous n'avons pu voir le frère).

Ce dernier a couché, avant de partir au régiment pendant 3 ans avec son frère, qui se servait aussi des mêmes effets de toilette, et il n'a rien eu.

Avant d'exposer nos autres observations de pelade chez l'adulte, qui se rapportent d'une façon générale à des formes plus récentes et moins tenaces, nous tenons à faire remarquer que nous n'avons pas rencontré un seul fait de contagion probant dans les faits que nous avons rappelé jusqu'ici. Et cela était à prévoir, étant donnée l'allure générale de la pelade dans ces cas de décalvante ou de récidue, qui est bien plutôt celle d'une affection trophique ou nerveuse que celle d'une affection purement locale et accidentelle.

C. Alopecies en aires uniques ou multiples. — Dans les observations qui vont suivre, nous trouverons quelques cas où la contagion a été invoquée par les malades comme origine de leur affection, avec plus de vraisemblance. Mais c'est aussi dans ce groupe des aires peladiques uniques ou multiples, en général récentes que nous rencontrerons des faits absolument précis et négatifs à l'égard de la contagiosité de la pelade.

Obs. 29. — Louis P..., 16 ans, ouvrier cordonnier, 10 avril 1901. — Plaque de pelade bien circulaire, grande comme une pièce de 5 fr. en argent, aperçue il y a une quinzaine de jours en sortant de chez le coiffeur. Elle était déjà, à ce moment, aussi grande qu'actuellement, mais le malade portant les cheveux longs ne s'en était pas aperçu. Actuellement, le centre de la plaque est à peu près complètement glabre : cheveux cassés en bordure et chute périphérique abondante à la traction.

Ce malade nous déclare qu'il soupçonne avoir communiqué la pelade à un enfant qui habite la même maison et auquel il a vu une plaque dénudée il y a 8 jours. Cet enfant est allé se faire couper les cheveux chez le même coiffeur que notre peladique, à deux jours d'intervalle après lui, et c'est 8 jours après que notre malade l'a remarqué avec une plaque dans le cuir chevelu.

Nous demandons à voir cet enfant, flairant un de ces cas si fréquents de fausse contagion. Il nous est amené le surlendemain, à la consultation de La Rochefoucauld : ce jeune garçon, V..., âgé de 10 ans, présente en réalité sur le cuir chevelu deux plaques avec cheveux cassés nombreux et squames abondantes, dans lesquels nous n'avons aucune peine à reconnaître une tondante à petites spores. Il présente sur le cou deux petites taches pityriasiques de même nature. L'examen microscopique fait séance tenante confirme notre diagnostic.

Dans le cas particulier, l'enfant en question avait été soigné déjà à l'Hôpital des Enfants-Malades, où bien certainement le diagnostic de teigne avait été posé. Cela prouve simplement que, pour le public, teigne et pelade ne font qu'un, et cela fait songer qu'on ne doit accepter la réalité d'un cas de contagion de pelade, sur l'affirmation du malade, même quand il est relaté dans des conditions spéciales qui pourraient porter à y ajouter foi (intermédiaire du coiffeur, usage d'objets de toilette communs), *que lorsqu'on a dûment contrôlé le fait.*

Obs. 30. M^{me} Ch..., 30 ans. Avril 1901. — Consultation La Rochefoucauld. Une seule plaque de pelade, grande comme 2 fr. à la région frontale, à gauche, respectant la bordure, aperçue depuis 8 jours environ. Cheveux cassés. Chute périphérique à la traction. Aucun bouton, ni croûte antérieure. La peau de la plaque est grasse et présente des comédons. État séborrhéique du visage assez marqué.

Bonne santé habituelle. Cependant céphalalgies fréquentes depuis 6 à 8 mois, surtout après la menstruation qui est régulière. Plusieurs dents cariées. Pas de névralgies dentaires. Tempérament nerveux, émotif.

La malade ne s'est jamais fait coiffer par un perruquier. Son mari ne présente rien, sa petite fille âgée de 4 ans, non plus. Comme origine de sa pelade, cette malade soupçonne une dame qui habite la même maison, à qui elle a prêté son peigne pendant une journée, il y a environ six semaines. Nous voyons quelques jours après cette dame chez elle : elle ne présente aucune trace de pelade, pas plus que son petit garçon qui va à l'école.

Nous pourrions faire ici les mêmes réflexions qu'à la suite de l'observation précédente.

Obs. 31. — M. X . . , 25 ans, étudiant. Fin janvier 1901. — Plaque peladique grande comme 5 fr. à la région occipitale presque en bordure, datant de fin octobre 1900. Actuellement quelques cheveux colorés, solides au centre et quelques follets blancs. Les cheveux tombent encore autour. Moustache et sourcils très fournis, intacts. Aucune autre alopecie sur le corps.

Le malade ignore où il a pris sa pelade : il a changé plusieurs fois de coiffeur ces derniers temps. Il a cependant remarqué que le début de sa pelade a suivi une période d'ennuis qu'il a traversée pendant les vacances dernières (Échec à un examen. Chancres mous à la même époque. Soignés pendant 2 mois; guéris. Mais notre malade était dans sa famille au bord de la mer et obligé de prendre part à des excursions qui le fatiguaient et qu'il aurait voulu pouvoir éviter, à cause de son affection vénérienne. D'où il résultait des préoccupations constantes : crainte de bubon). Il a remarqué aussi à cette période quelques troubles digestifs qu'il n'a pas habituellement.

Ne se rappelle aucun contact avec autre personne peladique. Nous déclare qu'une de ses cousines a eu il y a longtemps une pelade (d'origine nerveuse qui aurait persisté plusieurs années).

Obs. 32. — M^{me} R . . , 29 ans, 3 avril 1901. — Consultation de la Rochefoucauld. Plaque alopecique unique, à la région pré-temporale droite, apparue il y a environ 4 mois. A débuté par deux petites taches glabres lenticulaires, juxtaposées, qui se sont rapidement étendues. Il y a eu arrêt de la chute des cheveux pendant quelque temps, puis, nouvelle extension de l'alopecie qui a cependant toujours respecté la bordure temporale.

Actuellement : partie antérieure de la plaque absolument glabre ; quelques cheveux cassés en arrière ; pas de follets.

Cette malade nous déclare qu'elle a essayé, vers le mois de novembre,

plusieurs chapeaux chez une modiste, et sa plaque alopécique étant apparue 8 jours après, elle soupçonne cet essayage comme origine de son affection.

Nous l'interrogeons sur ses antécédents : aucune maladie aiguë qu'une fièvre muqueuse à l'âge de 5 ans. Bonne santé habituelle : ni migraines, ni névralgies. La malade nous confie ensuite que depuis le mois de septembre elle est en proie à un chagrin violent et à des tracasseries sans nombre car, séparée de son mari depuis plusieurs mois, elle est en instance de divorce. Elle n'a pas d'enfants. Sa mère qui se sert des mêmes peignes qu'elle n'a rien présenté dans le cuir chevelu. Notre malade n'a eu aucun contact avec le coiffeur.

Dans cette observation, les contagionnistes ne manqueront pas de voir un fait de contagion par l'intermédiaire de la modiste. Il faut remarquer cependant que la pelade a débuté 8 jours après l'essayage de chapeaux, ce qui serait une incubation vraiment bien courte, étant donnée les connaissances généralement admises sur la phase préparatoire de sidération de la papille pileuse qui, dans les cas ordinaires, est beaucoup plus longue. Enfin ne trouve-t-on pas dans cette observation, comme dans la précédente, une influence très manifeste des préoccupations morales qui ont existé pendant les 2 ou 3 mois qui ont précédé le début de la pelade ?

OBS. 33. — M^{lle} S..., 24 ans. COIFFEUSE POUR DAMES. Mars 1901. — Plaque de pelade grande comme 5 francs, en repousse actuellement, à la région frontale droite *en bordure*, apparue il y a trois mois. Cette plaque coïncide, au dire de la malade, avec l'endroit où elle place le peigne qui lui sert à coiffer ses clientes. C'est ainsi qu'elle pense avoir contracté la maladie, mais elle ne se rappelle pas avoir vu aucune de ses clientes peladique, au moment de l'apparition de sa plaque.

Elle n'a eu aucune maladie antérieure ; mais elle est sujette à des migraines fréquentes.

Son patron, coiffeur également, aurait eu la pelade il y a un an. Mais il était complètement guéri bien avant que la malade s'aperçût de sa plaque alopécique.

L'origine de cette pelade est évidemment suspecte étant donnée la profession particulière de la malade. On pourrait cependant émettre des doutes sur la contagion dans ce cas, et penser qu'il s'agit d'une

alopécie traumatique provoquée par la pression fréquente des dents du peigne que la malade place précisément à l'endroit où se trouve les plaques pendant qu'elle tresse les chevelures de ses clientes. Voici une autre observation, où un traumatisme analogue nous paraît avoir été plus nettement l'origine d'une plaque alopecique, et qui montrera, peut-être, que l'hypothèse que nous émettons pour le cas ci-dessus n'est pas dénuée de tout fondement.

Obs. 34. — M^{lle} G..., 22 ans. Institutrice. Mars 1901. — Deux plaques peladiques apparues : la première, grande actuellement comme 5 francs, à la région fronto-temporale gauche, il y a environ 1 mois 1/2 ; la seconde, à la région pariétale droite (*presque symétrique de la précédente*) grande comme 0 fr. 50, il y a quelques jours.

Aucune maladie antérieure.

Névralgies dentaires anciennes.

Maux de tête assez fréquents ces derniers temps.

Aucune émotion ou surmenage spécial ayant coïncidé avec le début de sa pelade.

La malade croit à l'origine contagieuse de son affection à cause des deux faits suivants :

1° Un frotteur, qui vient dans la maison et a l'occasion de secouer un tapis appartenant à la malade, aurait la pelade. La mère de notre peladique brosse quelquefois ce tapis avec une brosse qui a pu servir aux vêtements de sa fille.

2° Il y a deux mois environ, elle a donné son manteau à teindre chez un teinturier qui, elle l'a su depuis, aurait eu la pelade, mais serait actuellement guéri. Ce manteau a été teint peu avant le début de sa pelade ; notre malade l'a porté constamment depuis.

Sur la remarque que nous lui faisons que ce sont là des moyens de contagion bien détournés et incertains pour une affection comme la pelade, la malade nous déclare qu'elle se rappelle très bien qu'en mettant son manteau, elle s'arrachait souvent les cheveux avec une agrafe précisément à l'endroit de sa première plaque qui, examinée de très près, présente au centre un petit point nacré d'apparence cicatricielle.

Ajoutons que le père et la mère qui se servent des mêmes peignes que la malade, ne présentent aucune trace de pelade et que cette institutrice, qui n'a pas quitté ses occupations grâce à un certificat délivré par M. Darier, n'a contagionné aucun des enfants qui lui sont confiés depuis que nous l'avons revue.

Nous n'avons pu vérifier l'existence de la pelade chez le frotteur, ni chez le teinturier incriminés. (D'ailleurs elle serait guérie chez ce dernier). Contentons-nous donc de faire remarquer que si l'on veut admettre la contagion dans ce cas, il faut supposer que le germe de la pelade a pu se transmettre par des voies bien indirectes. Il serait peut-être plus rationnel de penser dans ce cas à une alopecie peladoïde ayant rayonné autour de l'arrachement fréquent de quelques cheveux en un point déterminé, et d'expliquer la seconde plaque qui est apparue symétriquement du côté opposé, par une influence nerveuse dont la réalité a été établie par plusieurs faits d'observation et d'expérimentation. En tout cas cette alopecie ne s'est pas montrée contagieuse ni chez les parents, ni dans l'entourage de la malade.

Obs. 35. — M^{me} L..., 44 ans, lingère. 15 mars 1901. — Plaque peladique grande comme une pièce de cinq francs, à la région occipitale droite, apparue au commencement d'avril 1900, en bonne repousse vers le mois d'octobre 1900, puis ayant repris de l'extension il y a quelques mois. Plaque absolument glabre sur les $\frac{3}{4}$ de sa surface; repousse de quelques cheveux blancs adhérents à sa partie inférieure; peu séborrhéique.

Réglée vers 15 ans; irrégulièrement depuis. Mariée à 22 ans; quinze jours après son mariage, a subi une opération: ablation d'un polype? de l'utérus. N'est plus réglée depuis cette époque (pas d'enfant, ni de fausse couche); arthritique; migraines fréquentes; dents molaires absentes en bas; râtelier à la mâchoire supérieure.

La malade attribue l'origine de sa pelade à l'essayage d'un chapeau, 15 jours avant l'apparition de sa plaque. Son mari n'a rien (elle prend quelques précautions; objets de toilette personnels, bonnet de nuit). Son ouvrière, âgée de 26 ans, qui l'a soignée depuis le début de sa maladie, n'a rien.

Obs. 36. — Jean B..., 23 ans, palefrenier. 12 janvier 1901. — Plaque peladique grande comme une pièce de 5 fr., à la région temporale gauche, datant du mois de juillet 1900, ne présentant pas actuellement de cheveux massués ni de chute périphérique (traitée depuis fin septembre 1900). Une autre petite plaque, allongée d'avant en arrière, est apparue au-dessous de la précédente.

Aucune maladie sérieuse avant sa pelade.

Névralgies dentaires fréquentes dans sa jeunesse.

Ni varices, ni hémorroides, ni hernies.

Quelque temps avant l'apparition de sa pelade, le malade se rappelle avoir mis en plaisantant le chapeau d'un de ses camarades, auquel, *2 mois après ce fait*, il a vu une plaque glabre symétrique à celle que porte actuellement notre malade.

Malheureusement ce camarade n'habite plus Paris, le malade l'a perdu de vue depuis plusieurs mois et nous n'avons pu, à notre grand regret, éclaircir l'origine de cette pelade qui est peut-être la seule de nos observations où la contagion puisse être admise. Dans tous les cas elle n'est toujours que présumable, car nous ne pouvons, après tous les exemples de fausse contagion que nous avons cités, accepter comme rigoureusement certain que le camarade en question ait eu la pelade, sur la seule affirmation de notre malade.

On reconnaîtra, par la lecture des observations ci-dessus, nous l'espérons, que nous n'avons voulu éliminer aucun des faits qui peuvent être invoqués à l'appui de la contagion, et on nous permettra maintenant de rapporter quelques faits bien caractéristiques qui plaident en faveur de la non-contagiosité de la pelade.

OBS. 37. — Jacques A..., 35 ans, journalier. 15 février 1901. — Plaques peladiques multiples du cuir chevelu apparues par poussées successives et datant de 2 ans.

Bonne santé habituelle.

Dents cariées, névralgies dentaires.

Marié : 5 enfants (sa femme et ses enfants sont restés en Italie, d'où il est originaire).

Un de ses compatriotes, Alfred P..., couche avec lui depuis 1 an 1/2 ; *s'est longtemps servi de la même tondeuse et du même rasoir sans aucune précaution de désinfection, changeait souvent d'oreiller avec le malade.* Cet homme ne présente pas trace de pelade.

OBS. 38. — Auguste Ch . . , peintre en bâtiments. 12 janvier 1901. — Plaques peladiques multiples du cuir chevelu (vertex, région fronto-pariétale gauche ; région occipitale droite).

Ayant débuté il y a environ un an. Une plaque alopécique au pubis.

A. P : Rougeole, scarlatine, influenza, varioloïde, dans sa jeunesse.

Helminthiase, ver solitaire depuis 5 ans ?

Aucune affection spéciale au moment du début de sa pelade.

Etat actuel : Mauvaise dentition (père et mère aussi).

Constipation, fatigue, envies de dormir fréquentes, migraines et névralgies dentaires fréquentes.

Se serait aperçu de sa pelade 15 jours environ après s'être fait couper les cheveux ; il ne connaissait à ce moment aucun peladique dans son entourage. Depuis qu'il a sa pelade, *il lui est arrivé d'échanger sa casquette avec celle de plusieurs de ses camarades, notamment avec Henri B...*, que nous voyons quelques jours après. Celui-ci, pas plus que les autres ne présente pas trace de pelade.

Une sœur, âgée de 10 ans, se sert du *même peigne*, n'a rien.

La mère, sujette aux migraines et aux gastralgies, a constaté depuis quelque temps que ses cheveux tombent plus abondamment que d'habitude, mais ne présente aucune alopecie en aire.

Obs. 39. — Louis L..., 40 ans, employé aux Halles. 24 avril 1901. — Pelade de la barbe : une grande plaque à la région mentonnière gauche allongée d'avant en arrière de 4 cent. sur 3 ; deux plus petites en arrière de celle-là grandes chacune comme un pièce de 1 fr. ; 2 ou 3 petites plaques à la région mentonnière droite. Début il y a 2 mois 1/2 par une toute petite tache glabre à la commissure labiale gauche.

Dentition très défectueuse du côté gauche ; plusieurs dents cariées ou cassées ; névralgies dentaires de ce côté assez fréquentes.

Pas de maux de tête.

Ni varices, ni hémorroïdes, ni hernie.

Son concierge, avec lequel le malade n'a du reste jamais eu aucun contact, aurait une décalvante depuis très longtemps (six ans).

Lui même est seul, pas marié, pas d'enfants, n'a connu récemment aucune personne atteinte de pelade.

Se rase lui-même depuis très longtemps (15 ans environ). Il est donc impossible d'incriminer le coiffeur dans ce cas.

Obs. 40. — René B..., sculpteur. 55 ans, 21 décembre 1900. — Pelade de la barbe et du cuir chevelu. Quelques petites aires déglabrées, disséminées dans la barbe, apparues au mois de mars 1899.

Plus récemment, il y a quelques mois, apparition à la région occipitale, de deux plaques, qui sont grandes, actuellement, chacune comme une pièce de 5 francs. Quelques poils cassés sur ces plaques ; les cheveux blancs (le malade est grisonnant) sont demeurés solides ; les autres viennent par touffes à la moindre traction ; séborrhée peu abondante du cuir chevelu. Sous la peau de la plaque droite, quelques varicosités. En somme type ophiassique, vérifié surtout par l'extension ultérieure des plaques aux régions temporales.

Aucune maladie importante dans ses antécédents.

Il a eu de sa première femme un enfant actuellement marié et père de famille, qui n'a jamais présenté trace d'alopecie.

Tempérament très nerveux ; tremblement des mains, éthyle ?

Dents en mauvais état, mais le malade n'en souffre pas

Quelques douleurs articulaires.

Le malade vit seul et cohabite sans aucune précaution avec sa femme (sa 2^e femme), dont le cuir chevelu examiné ne présente rien d'anormal. Il n'a chez lui ni domestique, ni enfants, ni animaux. Il travaille seul dans son atelier et ne connaît aucune personne qu'il soupçonne de pelade dans ses relations, d'ailleurs peu nombreuses.

Enfin, fait capital, *il n'a eu, depuis au moins 4 ans, aucun contact avec un coiffeur ; il se rase lui-même, et sa femme lui coupe les cheveux aux ciseaux, chez lui, et avec des ciseaux qui n'ont jamais servi qu'à lui.*

Nous attirons spécialement l'attention sur ce dernier fait dans lequel la contagion par le coiffeur (qui restait à peu près comme seul mode de contamination possible, après toutes les conditions négatives précédentes), doit être absolument écartée, le malade étant très affirmatif sur ce point.

Nous avons tenu à détailler ces quelques observations pour montrer que nous ne laissons autant que possible dans l'ombre aucun des points intéressants à discuter. Nous rapporterons maintenant plus brièvement nos autres observations qui sont du reste pour la plupart analogues à un des types précédents.

Obs. 41. — M..., 46 ans, employé Compagnie des Eaux, 26 décembre. — Fièvre typhoïde dans l'enfance. Pelade de la barbe et du cuir chevelu depuis 10 ans. Poussées successives. Début de l'alopecie à la suite d'un coup de soleil ? Actuellement aires diffuses. Cohabitation avec femme : rien. N'a contagionné ni son fils âgé de 10 ans, ni sa fille âgée de 2 ans 1/2.

Objets de toilette séparés.

Obs. 42. — M^{lle} M., 23 ans, couturière. Janvier 1901. — Fièvre typhoïde à 23 ans. Anémie. Pelade en aires multiples ayant débuté il y a un an. Mais, depuis deux ans, à la suite de sa fièvre typhoïde, la malade a remarqué qu'elle perdait diffusément ses cheveux.

Actuellement : Plaque mastoïdienne droite ; plaque au vertex à droite.

Nerveuse. Migraines.

Troubles gastriques.

Pendant une période d'un an au moins, la malade, ignorant ce qu'elle avait, a couché avec sa sœur, avait un collet, des objets de toilette communs. Ce n'est que depuis quelques mois (commencement du traitement) qu'elle a fait lit à part, etc... Sa sœur ne présente rien.

Deux frères n'ont rien.

Ne se rappelle aucun contact avec un peladique.

Aucun contact avec un coiffeur.

Obs. 43. — Louis B..., 71 ans, sculpteur. 26 décembre. — Névralgies dentaires. *Chute de toutes les dents depuis 6 à 7 ans.* Tremblement. Plaque peladique comme 5 francs à la région mastoïdienne. Quelques follets blancs. D'autres cheveux blancs solides.

Début, il y a six mois. Aucune maladie spéciale à ce moment. Ni varices, ni hémorroïdes, ni hernies.

Veuf depuis 5 ans. Vit seul. Travaille seul chez lui. Ne connaît aucun peladique dans ses relations.

Le coiffeur aurait constaté l'existence de sa pelade à 2 ou 3 coupes de cheveux successives avant que le malade lui-même s'en soit aperçu.

Obs. 44. — Marie D..., 33 ans, femme de chambre. 17 janvier 1901. — Régliée à 16 ans 1/2. Chlorose. Chute des cheveux. *Chute des dents il y a 5 ou 6 ans.* Fièvre muqueuse. Névralgies. Troubles dyspeptiques.

Plaque peladique à la nuque respectant la bordure, apparue il y a quinze jours seulement, à extension très rapide (grande actuellement comme une petite paume de main). Criblée de points noirs, d'où le raclage fait sourdre de nombreux cocons séborrhéiques.

Ne se rappelle aucun contact avec autre peladique.

Aucun contact avec le coiffeur.

Ne se rappelle au moment du début de sa pelade aucune transmission possible indirecte par un chapeau ou un châle.

Obs. 45. — Aug. D..., 42 ans, laitier. Janvier. — Paludisme à 19 ans. Commencement d'alopécie diffuse. Deux blennorrhagies.

Grande plaque peladique de la nuque, symétrique, transversale, large de 3 doigts.

Apparue depuis deux mois.

Séborrhée marquée.

Calvitie du vertex dès 29 à 30 ans.

Sa femme, à l'égard de laquelle il n'a pris aucune précaution spéciale, n'a rien.

Aucun camarade ou connaissance peladique.

Accroche sa casquette à un porte-manteaux commun avec d'autres garçons laitiers et n'a pas remarqué de contagion.

OBS. 46. — Léon F..., 27 ans, cocher. Décembre. — Névralgies dentaires depuis deux mois.

Pelade de la barbe apparue depuis 3 semaines.

Cohabitation avec femme : Aucune contagion.

OBS. 47. — G..., 42 ans, peintre en bâtiments. Février. — Fluxion de poitrine à 18 ans.

Plaque peladique temporo-occipitale gauche, grande comme une pièce de cinq francs, ayant débuté il y a 6 mois (juillet 1900).

Rien dans la barbe ni sur le reste du corps.

Dentition très défectueuse ; ni varices, ni hernies.

Cohabite avec sa femme qui se sert des mêmes peignes et brosse que lui sans aucune précaution.

Deux enfants, 16 et 9 ans ; la petite fille couche souvent dans son lit.

Aucune trace de pelade, ni chez sa femme, ni chez ses enfants. Ne se rappelle avoir fréquenté aucun camarade peladique.

OBS. 48. — M^{me} G..., 30 ans, passementière. 7 février. — Régliée à 18 ans, anémie consécutive.

Plaque peladique temporale droite sus-auriculaire grande comme une petite paume de main.

Apparue il y a un mois 1/2 à l'Hôtel-Dieu où le malade était en traitement pour chlorose.

Ne se rappelle avoir vu dans sa salle aucune autre malade peladique.

Avait ses objets de toilette personnels.

Travaille avec deux autres ouvrières qui n'ont pas trace de pelade.

OBS. 49. — Henri I..., 49 ans, encaisseur. Décembre 1900. — Ni névralgies, ni caries dentaires.

Plaque peladique grande comme une pièce de cinq francs à la région temporo-occipitale droite. Aperçue le 23 octobre 1900, *en sortant de chez le coiffeur*.

Hémorrhédaire, gouteux.

Ne connaissait aucun peladique dans son entourage au moment de son affection.

Sa femme ni sa fille n'ont pas présenté de pelade. Fait lit à part.

OBS. 50. — Olive L..., 30 ans. Janvier 1900. — Erysipèle à 17 ans. Alopecie en masse consécutive.

Plaque peladique occipitale, ayant débuté vers le 15 décembre 1900.

Dents cariées, plusieurs dents artificielles. Dyspepsie légère.

Son mari n'a rien (cohabitation). Pas d'enfants.

Dans son atelier, où il y a 15 femmes, aucune n'a contracté la pelade.

Obs. 51. — Louis M..., 32 ans, garçon de café. Janvier 1901. — Grippe récente. Chute des dents à 20 ans à la mâchoire supérieure.

Plaque peladique temporale datant de 3 mois. Aperçue 8 jours après coupe de cheveux.

Dents en très mauvais état.

N'a vu aucun des garçons du même café atteint de plaques alopéciques. Cohabitation avec sa femme. Celle-ci ne présente pas trace de pelade.

Obs. 52. — Charles M..., 30 ans, caissier. 19 décembre 1900. — Ni névralgies, ni carie dentaire. Plaque peladique temporale droite aperçue il y a 4 jours, en sortant de chez le coiffeur. Peu séborrhéique.

Tempérament très nerveux.

Vit seul avec sa mère qui n'a rien.

Aucun des 35 employés qu'il y a à sa banque n'aurait de pelade.

Obs. 53. — Antoine M..., 27 ans, conducteur d'omnibus. 3 avril. — Aucune maladie antérieure. Plaque peladique préauriculaire gauche à la naissance du favori, aperçue depuis 4 à 5 jours, 10 jours environ après coupe de cheveux.

Hernie inguinale gauche.

Vit seul.

Ne connaît pas de camarades peladiques.

Obs. 54. — M..., serrurier, 50 ans. — Plaque peladique occipitale datant de 3 ou 4 mois.

Lithiasique. Nerveux.

Sa fille reste avec lui. N'a rien.

Obs. 55. — Georges Ol..., 17 ans, électricien. 13 mars. — Plaque peladique frontale gauche. Aperçue depuis 15 jours, en sortant de chez le coiffeur, sous forme d'une traînée comme un coup de ciseaux (?)

Bonne santé habituelle.

Ne connaît aucun peladique parmi les ouvriers de l'atelier, qu'il a continué à fréquenter.

Ses parents n'ont rien.

Deux frères et une sœur n'ont rien.

OBS. 56. — André H..., 15 ans. 19 avril. — Deux plaques peladiques mastoïdienne et rétro-auriculaire gauche : type ophiassique, apparues depuis 15 jours, 10 jours après usage du coiffeur.

Un frère 17 ans 1/2, non cohabitation. Pas de contagion.

Une sœur, âgée de 23 ans actuellement, aurait eu une pelade récidivante, dont la deuxième poussée a eu lieu il y a environ 5 à 6 ans.

N'habite plus avec le malade depuis plusieurs années.

OBS. 57. — M^{me} C..., 44 ans. Avril. — Ennuis intenses il y a quelques mois. Deux plaques peladiques : une à la nuque à gauche; l'autre à la région pariétale droite. Pas en bordure.

Très nerveuse.

Aucun contact avec le coiffeur. Une fille de 11 ans qui va à l'école, n'a rien.

Son mari n'a rien : cohabitation. Les mêmes objets de toilette servent à notre malade, à son mari et à sa fille.

OBS. 58. — M^{me} B..., 27 ans. Février. — Trois plaques peladiques à la partie moyenne du cuir chevelu.

Séborrhée marquée.

Coiffée par le coiffeur en juillet 1900. Étant en place chez un de ses cousins qui a eu la pelade, mais en voie de guérison, elle s'est servie d'un peigne appartenant à ce dernier.

Son mari, ni ses deux enfants n'ont rien.

OBS. 59. — D..., 49 ans, marchand de quatre-saisons. — Bronchite chronique.

Pelade en aires diffuses depuis 8 à 9 ans, ayant débuté par la barbe. Vit seul.

Pas de contact avec autre peladique.

OBS. 60. — Jules J..., 27 ans, mécanicien. 17 janvier. — Fièvre typhoïde à 11 ans. Pelade de la barbe et du cuir chevelu depuis 1 mois 1/2.

Ennuis sérieux ayant coïncidé avec le début de sa pelade.

Marié, 2 enfants.

Sa femme et ses enfants n'ont rien.

Aucun contact avec autre peladique à l'atelier.

OBS. 61. — François K..., 30 ans, employé à la C^{ie} d'Orléans. Février 1900. — Pelade en aires diffuses de la barbe et du cuir chevelu, datant de 6 mois. Etat séborrhéique marqué, comédons abondants, cicatrices de coups de pierre.

Aucune maladie ayant coïncidé avec le début de sa pelade.

C'est le coiffeur qui, après une coupe de cheveux, l'a averti de l'existence de ses premières plaques alopéciques.

Ne connaît pas autour de lui d'autre employé peladique.

Marié: 2 enfants, sa femme ni ses enfants n'ont rien.

Objets de toilette séparés.

A toujours continué à faire son service.

Obs. 62. — Louis, M. . , 36 ans, égoutier. 14 décembre 1900. — Aucune maladie antérieure.

Pelade en aires multiples datant de 2 ans, ayant débuté par une plaque dans la barbe, sous la commissure labiale droite. Il y a eu *jusqu'à 23 plaques disséminées* dans la barbe et le cuir chevelu. Actuellement il ne reste que deux ou trois plaques toutes en repousse.

Le malade fait le métier d'égoutier et l'a continué jusqu'à il y a deux mois, sans qu'on s'aperçoive de sa maladie. A ce moment, appelé pour une période de 13 jours, il a été ajourné au régiment. C'est ce qui a fait découvrir sa pelade au médecin de l'administration, qui lui a refusé le certificat lui permettant de continuer son travail.

Or, depuis 22 mois, ce malade est resté en contact avec 7 hommes (ce groupe reste composé des mêmes hommes pendant toute une année) qui ont manié avec lui des instruments communs. Et il n'a jamais vu aucune plaque glabre survenir sur l'un d'eux.

Depuis plusieurs mois, il couche avec son neveu âgé de 15 ans, apprenti peintre, à qui il est arrivé de changer d'oreiller et de prendre celui du malade. Pas de contagion.

Dans la même maison, sa sœur et son beau-frère n'ont rien.

La mère qui le soignait n'a jamais rien présenté.

Obs. 63. — François P. . . , 32 ans, mécanicien-monteur. Janvier 1901.
— Dyspepsie depuis l'âge de 26 ans.

Pelade de la barbe seulement; plaque mentonnière gauche datant de 6 mois.

Aucune affection spéciale au début de sa pelade.

Dentition défectueuse: les molaires de la mâchoire inférieure ont été arrachées, celles de la mâchoire supérieure sont cariées.

Il y a 3 ou 4 ans, beaucoup de névralgies dentaires.

Sujet à des migraines fréquentes.

Ni varices, ni hémorroïdes, ni hernies.

Ne se rappelle avoir vu aucun peladique.

Sa femme n'a rien.

Un garçon, 8 ans, qui va à l'école n'a rien; une petite fille de 4 ans non plus.

Le malade prendrait certaines précautions.

Rasé chez le coiffeur auparavant. Se rase lui-même depuis le début de sa pelade

OBS. 64. — Joseph P..., 33 ans, charcutier. Janvier 1901. — Aucune affection générale antérieure.

Plaque peladique mentonnière gauche apparue il y a trois semaines.

Se fait raser toujours chez le même coiffeur tous les 5 jours environ.

Bonne santé habituelle.

Cohabite avec sa femme qui n'a rien.

Ne connaît pas de peladique dans son entourage.

OBS. 65. — P..., 25 ans, épicier. Mars 1901. — Aucune maladie antérieure.

Plaque peladique de la barbe, depuis 15 jours.

Se fait raser tous les 8 jours, chez le coiffeur.

Dentition assez bonne.

Aucune affection ayant coïncidé avec le début de sa pelade.

Cohabite avec sa femme qui n'a rien.

Ne connaît pas de peladique dans son entourage.

OBS. 66. — Elie D..., 38 ans, employé de bureau. — Alopecie séborrhéique : Calvitie commençante. Une tache clairsemée occipitale droite, apparue il y a 8 jours environ, 15 jours après coupe de cheveux. Pas nettement peladique. Aucun cheveu massué, ni cassé.

Connait un autre employé qui aurait la pelade et qui est soigné depuis 4 mois. Mais n'ont ni fauteuil, ni porte-manteaux communs. Ne se tiennent pas dans la même pièce (le malade est seul dans son bureau). N'a contagionné ni sa femme, ni aucun de ses 4 enfants qui vont à l'école.

OBS. 67. — Léon V..., 21 ans, épicier. — Pelade à type ophiasique ayant débuté il y a un mois environ à la nuque et gagné ensuite les régions rétro-auriculaires. Rien sur le corps.

Séborrhée du visage intense.

Bonne santé habituelle.

La petite fille de son patron aurait eu la pelade il y a 2 ans; serait guérie actuellement.

Lui n'a pas été chez le coiffeur depuis 2 mois. Vit seul. Ne connaît aucun autre peladique dans son entourage.

OBS. 68. — Maria D..., 23 ans, domestique. — Infection aiguë il y a 4 ans.

Deux grandes plaques peladiques à type ophiassique, depuis 3 ans environ. Se seraient montrées consécutivement à une chute progressive des cheveux, attribuée par la malade à une sorte de congestion cérébrale suivie d'une fluxion de poitrine, le tout remontant à 4 ans (à la campagne).

Peau des plaques glabre flasque, séborrhéique. Ni céphalalgies, ni névralgies dentaires.

Dans son pays, la malade n'a jamais connu de peladique.

La malade vivait avec un frère et trois sœurs. Elle a couché pendant longtemps avec une de ses sœurs. Son frère et ses autres sœurs se servaient sans aucune précaution de ses objets de toilette et aucun n'a rien eu.

D. Pelades chez les gardiens de la paix et dans les hôpitaux militaires (Val-de-Grâce et Saint-Martin). — Après ces observations d'adultes appartenant à la population civile, nous citerons quelques cas de pelade chez des individus appartenant à des groupements, et nous verrons qu'aucun de ces cas ne peut vraiment être considéré comme provenant d'un foyer épidémique ou en ayant créé.

OBS. 69. — Auguste T., 39 ans, gardien de la paix. 14 décembre 1900.

Deux plaques de pelade grande comme une pièce de cinq francs en bordure à la nuque. Trois ou quatre autres plaques grandes comme une pièce de 50 cent. dans la barbe. Calvitie du vertex ayant débuté vers l'âge de 22 ans au régiment; peau du visage et du cuir chevelu grasse et flasque, surtout à la région occipitale.

La pelade a débuté dans la barbe il y a environ un an. *Le malade se rase lui-même depuis 19 ans.* Il a affaire pour ses cheveux au coiffeur de sa brigade, gardien de la paix lui-même, et auquel vont la majorité de ses collègues.

Les plaques de la barbe se sont ensuite multipliées et les plaques de la nuque ont été constatées pour la première fois quand le malade est venu consulter à Saint-Louis. Il est gardien de la paix à la caserne de la Cité (1^{re} compagnie de réserve), où il y a environ 400 hommes répartis en 4 brigades. Le service consiste en gardes aux courses, dans les théâtres, et dans la caserne même, où les agents ont pour se reposer 10 couchettes (un matelas et un traversin sur un lit de fer) qui servent indistinctement à tous. Chacun d'eux suivant le service de garde, y dort en moyenne cinq à six heures tous les deux jours. Les literies ne sont changées que tous les 3 mois.

Malgré ces conditions défectueuses, quant à la propagation d'une maladie qui serait vraiment très contagieuse, le malade ne connaît que trois cas de pelade dans sa brigade, et encore ayant évolué à intervalles assez éloignés.

1° L'agent X..., dont la pelade a débuté il y a environ 3 ans, qui a été soigné chez lui et a cessé son service pendant 13 mois au bout desquels il est revenu guéri à la brigade, il y aurait de cela presque deux ans par conséquent.

2° L'agent S..., qui a eu des plaques de pelade (?) pendant l'été 1900 ; soigné six semaines chez lui, puis a repris son service : il lui était interdit de se coucher sur les lits de garde.

3° L'agent Y..., qui a été récemment atteint de 3 plaques de pelade très nettes au dire du malade, a quitté son service pendant deux mois et l'a repris guéri.

Quant à notre malade, il a cessé son service depuis quinze jours et se soigne depuis ce moment chez lui. Sa femme et quatre enfants qui habitent avec lui ne présentent pas trace de pelade.

Voilà une observation d'après laquelle on pourrait penser tout d'abord à un foyer épidémique. Mais en premier lieu, ce foyer épidémique ne se serait composé que de 4 cas en 3 ans. De plus, le premier peladique (agent X...) était certainement guéri depuis au moins un an, quand le second, qui paraît être notre malade, a aperçu sa plaque de pelade ; enfin cette plaque de pelade est apparue dans la barbe et le malade se rase lui-même depuis 19 ans ; ce n'est donc pas par l'intermédiaire du rasoir banal du coiffeur qu'il aurait pu être contagionné. Les deux autres cas (agent S. et agent Y.), que nous n'avons pu voir, donnent cependant à réfléchir, car la pelade n'aurait duré dans ces cas que six semaines et deux mois. Après quoi ces malades ont repris leur service. C'est là une évolution bien courte pour des pelades vraies. Enfin toujours la même contradiction se retrouve : pourquoi le peladique contagionnerait-il ses voisins d'un moment par toutes sortes de moyens indirects, alors que malgré une cohabitation étroite et l'usage des mêmes objets de toilette, il n'a contagionné ni sa femme, ni ses enfants ?

OBS. 70. — M. L..., 38 ans, sous-brigadier des gardiens de la paix.

Pelade récidivante de la barbe : la première atteinte remontant au mois

d'avril 1899 ; la seconde ayant eu lieu en novembre 1900, après la guérison de la première plaque (septembre 1899).

Ce malade, très intelligent, nous a, sur notre demande, adressé une note détaillée concernant l'origine possible de sa pelade. Nous en résumons les passages importants : à la fin de l'année 1898, il y avait à sa connaissance dans les divers postes que son service lui faisait fréquenter, *cinq gardiens de la paix porteurs de plaques de pelade*. Le malade craignant la contagion, *se garda bien de se coucher sur les lits de camp de ces postes*. Ce qui ne l'empêcha pas d'apercevoir au mois d'avril 1899 une petite tache alopécique grande comme une pièce de 50 cent. au dessous de la moustache du côté droit, tache qui fut considérée comme de la pelade à la consultation de Saint-Louis et traitée comme telle. Complètement guérie au mois de septembre 1899.

À la fin de cette année 1899, le malade est nommé sous-brigadier et change de quartier. Il remarque, dans le nouveau poste qu'il occupe, que plusieurs agents portent dans la barbe des plaques qui paraissent être de la pelade. Il se résout à cette époque à raser sa barbe, qu'il avait portée en pointe jusque là. Il a pour cela deux rasoirs qu'il trempe dans l'eau bouillante chaque fois qu'il s'en est servi et se rase lui-même. Malgré toutes ces précautions, juste un an après la première atteinte et au même endroit, il voit se produire vers le 15 avril 1900 une nouvelle petite plaque glabre, qui s'étendit un peu, puis traitée, resta stationnaire jusqu'au mois de novembre 1900 ; à partir de ce moment, elle augmente progressivement dans la barbe et le malade quitte son service.

Le malade est d'une bonne santé habituelle ; d'un tempérament assez nerveux. Il a eu, en 1893, à la suite de plusieurs sauvetages qu'il fit dans le canal Saint-Martin, un ictère qui le tint malade pendant 3 mois. Depuis, il a de temps en temps, pendant des périodes de 5 à 6 jours, des douleurs hépatiques.

Cette observation nous paraît intéressante, car elle montre un individu intelligent, atteint on peut le dire de phobie de la pelade, et qui fait tout ce qu'il peut pour l'éviter, présentant quand même des plaques peladiques. La première fois, le malade l'a attribuée à des serremments de mains avec ses collègues peladiques. Mais la seconde fois, comment concilier la contagion avec ce fait que le malade n'était plus en contact avec ces gardiens (il avait changé de poste) et surtout que la déglabration s'est produite exactement au même endroit, alors qu'il prenait toutes les précautions nécessaires pour l'éviter. Ne semble-t-il pas y avoir eu là une cause d'appel locale et réitérée

(altération dentaire, névralgie), faits sur lesquels M. Jacquet insiste tous les jours. En un mot, on peut admettre que la pelade est contagieuse, mais les contagionnistes les plus convaincus nous accorderont cependant que, si elle existe, cette contagion est des plus faciles à éviter par les moyens les plus simples. Or, voilà un malade placé dans un milieu peladique, c'est vrai, mais qui prend des précautions, qui se soigne énergiquement, qui fait en un mot tout ce qu'il peut pour ne pas être contaminé, et qui, en réalité, présente une pelade récidivante.

Voici maintenant quatre cas de pelade observés chez des soldats, en traitement à Saint-Martin dans le service de M. le médecin principal Grosse (1) (fin mars 1901).

Obs. 71. — Georges B..., 24 ans, 119^e régiment d'infanterie, à Courbevoie, 2^e C^{ie}. Pelade en aires multiples, ayant débuté il y a 3 mois ; entré à Saint-Martin le 22 janvier.

La première plaque peladique a été aperçue après une coupe de cheveux à la tondeuse ; on a tondu à ce moment une dizaine d'autres soldats sans aucune précaution antiseptique. Le mois suivant, après la deuxième coupe de cheveux, la plaque ayant grandi, le malade va à l'infirmerie, d'où il est envoyé à Saint-Martin. A ce moment on prévient le perruquier de la compagnie qu'il ait à désinfecter ses instruments.

Ce soldat ne s'est jamais fait couper les cheveux en ville depuis qu'il est à Paris. Il ne se rappelle pas avoir vu d'autre peladique ; il n'a jamais fait échange de képi.

Obs. 72. — Emile V..., 24 ans, 119^e Courbevoie, 3^{me} C^{ie}. Entré à Saint-Martin le 24 mars. — Pelade en aires multiples, ayant débuté il y a environ 8 jours, aperçue après une coupe de cheveux, datant de 15 jours, à la tondeuse par le perruquier de la 3^e C^{ie} (pas le même que pour le soldat précédent), ne s'est jamais fait couper les cheveux en ville.

N'a jamais changé de képi avec personne, ni eu l'occasion de se servir d'objets de toilette du précédent.

Obs. 73. — Henri N. . , 24 ans, 5^e régiment d'infanterie, bastion 43, 6^e C^{ie}. Pelade en aires diffuses, généralisée au cuir chevelu et à la

(1) Nous remercions bien vivement M. le médecin principal Vaillard, professeur au Val-de-Grâce, M. le médecin principal Grosse et M. le médecin-major de 1^{re} classe Loison, qui ont bien voulu nous montrer les peladiques de leurs services à Saint-Martin et au Val-de-Grâce.

barbe, ayant débuté il y a 2 mois à la nuque, 15 jours environ après une coupe de cheveux à la tondeuse.

Entré à Saint-Martin le 6 février.

Ne connaît pas d'autre peladique dans sa compagnie ; ne s'est jamais fait couper les cheveux en ville ; n'a jamais changé ni de képi ni de fourniment.

OBS. 74. — Kléber D..., 22 ans, 5^e régiment d'infanterie, bastion 43, 5^e C^{ie}. — Plaques peladiques diffuses ayant débuté à la nuque, il y a 2 mois environ, 10 jours après une coupe de cheveux à la tondeuse : à ce moment la tondeuse était flambée à l'alcool après chaque coupe à cause d'une épidémie de rougeole régnant à cette époque à la caserne.

Ne s'est jamais fait couper les cheveux en ville.

A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, nous avons recueilli 8 observations de pelade dans le service de M. le médecin-major de 1^{re} classe Loison. Quatre appartiennent au 102^e régiment d'infanterie, un caserné à l'Ecole-Militaire, deux à la caserne Babylone, un au bastion 79. Un cas provient du 46^e régiment d'infanterie, caserne de Reuilly ; un cas du 103^e, bastion 91 ; deux cas, enfin, du régiment de sapeurs-pompiers ; l'un de la caserne de Grenelle, l'autre de la caserne de Port-Royal.

OBS. 75. — L..., 23 ans, 102^e de ligne, Ecole militaire. — Plaque peladique frontale, ayant débuté en novembre 1900. Le malade a continué son service pendant 2 mois, et n'est entré au Val-de-Grâce que le 6 janvier. Or, pendant ces 2 mois il a été tondu 3 ou 4 fois et beaucoup d'autres soldats en même temps que lui. Il nous affirme qu'il était le seul peladique reconnu de son bataillon. Le médecin-major de son régiment a fait une visite des têtes au mois de janvier et n'a pas trouvé d'autre cas de pelade.

Ce malade raconte, en outre, qu'au mois de septembre il a pris par mégarde le képi d'un de ses camarades réservistes, qu'il a toujours gardé depuis les manœuvres. Mais il ne peut donner aucun renseignement sur ce réserviste : avait-il oui ou non des plaques alopeciques ? En tout cas, si on veut admettre ici un fait de contagion (qui n'est bien entendu que problématique), comment explique-t-on qu'aucun des autres soldats, qui ont été tondus plusieurs fois en

même temps que ce malade et alors qu'il avait déjà des plaques alopéciques, n'ait été contaminé?

OBS. 76. — Alfred V..., 23 ans, 102^e, Babylone, 3^e C^{ie}. — Plaques peladiques temporales gauches. Début en janvier.

Entré au Val-de-Grâce le 31 janvier.

Il a déjà eu une pelade ophiasique à la nuque, il y a 2 ans, et qui a duré 6 mois environ.

OBS. 77. — Constant N..., 23 ans, 102^e Babylone, 3^e C^{ie}. Plaque de pelade fronto-pariétale gauche, apparue dans le courant de janvier. Entré au Val-de-Grâce le 30 janvier. C'est après son cas que la visite du médecin-major a fait découvrir le précédent.

Il est de la même compagnie, et de la même chambrée que le précédent, et occupe le lit en face. Il n'a jamais changé de képi avec ce camarade et n'a aucun objet de toilette commun.

OBS. 78. — Armand M..., 24 ans, 46^e régiment d'infanterie, Reuilly. — Plaque peladique temporale gauche, ayant débuté au commencement de février. Entré au Val-de-Grâce le 28 février. A eu déjà la pelade pendant 4 mois, il y a 4 ans. Seul soldat de son régiment envoyé au Val-de-Grâce pour pelade.

OBS. 79. — François M..., 24 ans, 102^e, bastion 79. — Plaque peladique ayant débuté en janvier.

Entré au Val-de-Grâce le 4 février.

Seul peladique à son bastion, où il y a deux compagnies.

OBS. 80. — Isidore W..., 21 ans, sapeur-pompier, caserne de Grenelle. — Une plaque d'aspect peladoïde à la région pariétale gauche, ayant débuté en décembre 1900. En avant et au-dessus, plusieurs plaques cicatricielles.

Entré une première fois le 12 janvier au Val-de-Grâce. Renvoyé le 9 février comme guéri. Mais le médecin-major de son régiment l'a dirigé de nouveau, le 27 février, sur le Val-de-Grâce.

Un autre sapeur-pompier, G..., de la même caserne et de la même chambrée que le précédent, aurait eu la pelade au commencement de l'été dernier. Il est revenu au mois d'août et est resté jusqu'au mois de décembre 1900 dans la même chambrée que notre malade, mais pas voisin de lit. Du reste, il était guéri complètement à ce moment.

Le malade nous dit qu'il a pris plusieurs fois la garde dans les mêmes postes que G..., mais qu'il n'a jamais changé de tétière, ni volontairement, ni accidentellement avec lui.

Enfin, il a déjà eu, il y a plus d'un an, une première atteinte de pelade à peu près à la même région qu'actuellement, et qui a persisté plusieurs mois.

OBS. 81. — Gaston B..., 21 ans, sapeur-pompier, caserne de Port-Royal. — Ce malade, ainsi que le suivant, a été atteint de pelade étant déjà en traitement au Val-de-Grâce, pour rhumatisme. Il a déjà eu des plaques de pelade il y a un an, étant à la même caserne des sapeurs-pompiers.

OBS. 82. — Constant D..., 22 ans, 103^e régiment d'infanterie, bastion 91. — Atteint de pelade aussi au Val-de-Grâce, étant en traitement dans le même service que le précédent, mais pas dans la même salle. Ces deux malades ont été transférés au service des peladeux, à quelques jours d'intervalle.

Nous nous contenterons de faire remarquer à propos de ces observations qu'aucune n'indique l'existence d'un foyer peladique commun : les soldats ci-dessus désignés provenant de régiments, de casernes et de chambrées différentes. Quand aux deux cas où on pourrait invoquer la contagion (observations 76 et 77, Babylone et observations 81 et 82, Val-de-Grâce), il est curieux de remarquer, que dans ces deux faits, l'un des deux soldats qui pourrait avoir été l'agent ou la victime de la contagion a déjà eu la pelade antérieurement. Or, nous avons vu par de nombreuses observations précédentes, que les pelades récidivantes n'étaient nullement en faveur de la contagiosité de cette affection.

II. Enfants

Il nous reste à rapporter les résultats de nos observations chez les enfants. Nous avons plusieurs fois poursuivi nos enquêtes commencées à la consultation hospitalière, jusque dans les écoles et une seule fois nous avons rencontré ce qu'on pourrait considérer comme un foyer épidémique.

A. **Enquêtes scolaires.** — Nous allons résumer de suite notre enquête sur ces faits ; nous relaterons ensuite d'autres cas analogues

et nous terminerons enfin par l'exposé succinct de nos autres observations.

Dans le courant des mois de février et mars 1901, on nous a amené à la consultation de La Rochefoucauld. 8 enfants provenant de l'école communale rue Sainte-Alice. Nous nous y sommes rendu à la fin de mars et voici les renseignements qui nous ont été tout d'abord transmis par le directeur.

Depuis le mois de novembre 1900, neuf enfants ont été renvoyés de l'école comme atteints de pelade, dont huit seulement nous ont été amenés à La Rochefoucauld. Voici ces huit cas avec les renseignements les concernant :

Obs. 83. — Eugène R..., 9 ans, venu à la consultation en décembre 1900. Classe : 6°. -- Présentant pelade rapidement en voie de repousse. Rentre en classe le 4 janvier, muni d'un certificat de M. Darier.

Obs. 84. — Maurice D..., 7 ans, en février 1901. Classe : 7°. — A 2 plaques cicatricielles nettes et une autre petite tache alopécique grande comme 0^m, 20, datant de 8 jours, suspecte, car la mère se rappelle qu'il a eu à cet endroit un traumatisme antérieur. Il couche avec son frère, âgé de 11 ans. Sa sœur se sert des mêmes peigne et brosse : aucune contagion. Cette dernière nous est amenée quelque temps après par la mère qui la croit contagionnée : elle n'a en réalité qu'une tache cicatricielle très nette.

Obs. 85. — Albert Da..., 10 ans, 4 mars 1901. Classe : 2°. — Alopecie diffuse (trois autres enfants dans la famille n'ont rien).

Obs. 86. — Maurice K..., 11 ans, 11 mars. Classe : 1^{re}. — Deux plaques d'aspect peladique au vertex et à la région occipitale en bordure. Pas de chute des cheveux autour.

Obs. 87. — Henri K..., 9 ans, 11 mars. Classe : 3°. — Deux petites taches alopéciques aperçues en même temps que celles de son frère Maurice K...

Obs. 88. — Adrien S..., 11 ans, 11 mars. Classe 3°. — Alopecie cicatricielle traumatique.

Obs. 89. — Marcel S. ., 9 ans, 11 mars. Classe : 6°. — Cicatrice ancienne avec petite alopecie rayonnant autour du traumatisme.

OBS. 90. — Firmin F..., 7 ans, 6 mars. Classe : 7^e. — Alopecie peladique, chute des cheveux autour.

Sur ces huit observations, les observations 84, 88 et 89 ne sont pas de la pelade mais des alopecies cicatricielles. Un enfant présente une alopecie diffuse (observation 85) qui n'a pas progressé depuis longtemps. Quatre autres enfants présentent des aires peladiques vraies survenues vers le même moment chez trois d'entre eux. Le premier, en effet, Eugène R., a été atteint bien avant. Deux autres enfants peladiques sont les frères K. qui auraient vu leurs plaques apparaître au même moment (?) et n'ont pas contagionné un frère plus jeune. Le quatrième a été atteint en même temps que ces deux frères, mais aucun de ces trois enfants n'est dans la même classe.

En résumé, en 6^{me} on a renvoyé deux enfants sous la rubrique pelade : l'un l'a eue et est rentré en classe depuis le 4 janvier ; l'autre se présente le 11 mars suivant à la consultation de la Rochefoucauld, où on reconnaît qu'il ne présente qu'une alopecie cicatricielle.

En 7^{me} aussi, deux enfants ont été renvoyés : l'un d'eux présente une alopecie suspecte et deux cicatrices et *est absent de l'école depuis le mois de février* ; l'autre présente une plaque de pelade, avec chute périphérique des cheveux, et n'est renvoyé de l'école pour cette plaque que *dans les premiers jours de mars*.

En 3^{me} enfin deux enfants ont été exclus, l'un présente deux plaques alopeciques petites, de nature peladique ; l'autre ne présente qu'une cicatrice.

En 1^{re}, en 2^{me}, en 4^{me}, il n'y a eu qu'un cas isolé dans chacune de ces classes.

Ajoutons qu'aucun de ces enfants n'a contagionné personne dans sa famille, malgré la cohabitation avec un frère pour quelques-uns, que deux d'entre eux ont été repris à l'école presque tout de suite après leur exclusion et bien avant que leur pelade fut complètement guérie et qu'ils n'ont pas semé la contagion. La visite des cuirs chevelus de tous les élèves présents à cette l'école, lors de nos visites, dans les 8 classes, ne nous a montré aucun autre peladique, mais un grand nombre d'enfants présentant des alopecies cicatricielles et post-

inflammatoires. Cet examen nous a permis de nous assurer qu'aucun des voisins immédiats des 8 enfants signalés plus haut, ne présentait trace de pelade. Voilà, croyons-nous, une observation qui montre qu'il faut se livrer à une enquête sérieuse avant de prononcer le mot d'épidémie d'école. Et nous pensons, comme M. Sabouraud, que les épidémies d'école sont souvent artificielles et résultent de ce que l'attention du médecin-inspecteur, étant appelée périodiquement sur les affections qui peuvent créer des épidémies, par des circulaires ministérielles, ces médecins-inspecteurs cataloguent indistinctement sous le titre de pelade tout ce qu'un examen général des têtes a fait reconnaître comme alopecies avec aires complètement glabres.

Voici encore quelques observations où une visite à l'École nous a permis de nous assurer que l'enfant peladique, maintenu au milieu de ses condisciples, n'y produisait pas de foyer de contagion.

Obs. 91. — Mélanie S..., 9 ans, école communale rue Vicq-d'Azyr. — Deux plaques de pelade grandes comme 0 fr. 50 : une à la région occipitale et une à la région pariétale gauche, aperçues depuis une dizaine de jours.

Entérée l'année dernière.

Grippe il y a deux à trois semaines.

Un frère de 16 ans n'a rien.

Visite à son école le 26 mars. — Dans sa classe, où nous avons examiné tous les cuirs chevelus, aucune autre peladique. Ses deux dernières voisines ne présentent rien.

La Directrice nous dit qu'elle n'a pas vu d'autre cas de pelade dans l'école; elle ignorait même que la petite S... en fut atteinte. C'est dire qu'aucune précaution d'isolement n'avait été prise à son égard.

Obs. 92. — Albert R..., 6 ans. École maternelle, rue de l'Ouest. — Plaque peladique grande comme 2 fr. à la région temporo-occipitale droite, et une plaque très clairsemée à la région symétrique gauche. Les cheveux tombent en abondance à la moindre traction. Quelques cheveux cassés.

Début il y a deux ou trois mois.

Est resté pendant ce laps de temps à l'école où il ne paraît avoir contagionné aucun de ses camarades.

Cohabitation avec son frère qui n'a rien. Une sœur non plus n'a rien. Père ni mère n'ont rien.

Visite à l'École rue de l'Ouest. — Le jeune R..., est au premier rang,

seul à une petite table à deux et la tête constamment couverte d'un béret. Son voisin le plus rapproché, non plus qu'aucun autre des 30 enfants qui composent la classe, n'a rien sur le cuir chevelu.

Dans ce cas on peut noter que l'enfant, admis à l'École, muni d'un certificat, au cours du traitement, n'a contagionné personne et cela malgré une récurrence de sa pelade rebelle au traitement.

OBS. 93. — Emile M..., 15 ans 1/2, école Diderot. 14 décembre 1900. — Pelades en aires multiples, à la nuque et à la région temporale gauche, datant de quelques jours seulement.

Elève menuisier à l'école Diderot ; 25 élèves dans sa section, il n'en connaît aucun atteint de pelade.

Visite à l'école Diderot.

Un des camarades de Emile M... , D..., 15 ans 1/2, présente deux petites taches alopeciques cicatricielles, probablement consécutives à de l'impétigo, et restées telles quelles depuis plusieurs années. Aucun autre camarade de M... ne présente de trace de pelade ; M... a continué à fréquenter l'école.

La personne qui nous reçoit ne se rappelle pas avoir vu d'autre cas de pelade, depuis longtemps à l'école Diderot.

Son frère, Auguste M..., âgé de 10 ans, est atteint depuis 6 mois d'une plaque temporale gauche, traitée à l'école Lailler et en voie d'amélioration. Les deux enfants couchent dans la même chambre, pas dans le même lit. Il y a une quinzaine de jours, Emile M... croit se rappeler avoir mis le foulard de son frère. Un autre frère, âgé de 13 ans, qui couche dans la même chambre, avec les deux peladiques, n'a rien. Père et mère non plus. Nous n'avons pu voir le jeune Auguste M... mais nous avons retrouvé sa fiche à l'école Lailler, où il était, en effet, traité comme externe à l'école B..., pour une pelade.

Voici un cas où la contagion entre les deux frères semble bien nette et tout de suite apparaît ce fait contradictoire que l'aîné, qui aurait été contagionné par le plus jeune, n'a lui contagionné aucun de ses camarades à l'atelier qu'il n'a cessé de fréquenter.

OBS. 94. — Gaston P..., 10 ans, école communale rue Ramponneau. — Présente deux taches alopeciques sur le cuir chevelu : 1° une tache grande comme une pièce de 50 centimes, au sommet de la tête, apparue depuis 15 jours, polygonale ; 2° une autre tache lenticulaire à la région tempo-

rale gauche, aperçue depuis quelques jours seulement. Chacune de ces taches présente en son centre une croûte rouge, la plus petite a même une véritable petite cicatrice. On ne trouve pas de cheveux cassés, ni massués à la surface de ces plaques parfaitement glabres. Les cheveux de la périphérie sont solides et ne viennent nullement à la traction. L'enfant ne se rappelle pas avoir reçu de coups à ces endroits. La mère prétend qu'il n'a pas eu non plus de croûte ni de bouton, mais elle convient qu'il s'est gratté plusieurs fois à l'endroit de ses taches alopéciques. Il s'est fait couper les cheveux il y a deux jours et on ne peut incriminer le coiffeur, du moins pour cette coupe, puisque les plaques existaient auparavant.

Louis P. ., 9 ans, frère du précédent, va à la même école, présente au sommet de la tête une petite tache alopécique grande comme une lentille au niveau de laquelle la peau est nacrée, un peu gaufrée et qui a tous les caractères d'une cicatrice; pas de chute de cheveux autour. Cette plaque a été aperçue après qu'il s'est fait couper les cheveux en même temps que son frère.

Dans la même classe que lui (7^e), il y aurait un autre enfant atteint, au dire de la mère, de pelade.

Ces enfants, présentés à la Consultation de St-Louis, ont été considérés comme peladiques, tout d'abord. Vus par M. Sabouraud, à la consultation du jeudi : le plus jeune, P. ., Louis, n'a absolument qu'une cicatrice; des deux plaques de l'aîné, P. ., Gaston, l'une est nettement cicatricielle, l'autre est plus suspecte. Mais la petite croûte du centre ne permet guère de la considérer comme peladique; on leur délivre un certificat d'admission.

Visite à l'école. — Dans la classe du plus jeune (7^e), celui qui n'a qu'une cicatrice, il y a un enfant porteur d'une plaque alopécique en traitement et qui a la tête couverte en classe. C'est le seul sur une cinquantaine d'enfants que comprend cette classe. Le Directeur ne connaît pas d'autre peladique dans son école.

Nous voyons dans cette observation que le seul cas de pelade vraie signalée dans l'école où vont ces deux enfants existe précisément dans la même classe où va celui des deux frères, Louis P. ., qui n'a nullement la pelade, mais une cicatrice bien nette.

Obs. 95. — Jeanne H. ., 10 ans. 28 mars.

Plaque peladoïde grande comme 0 fr. 50 au vertex à gauche, atrophodermique, apparue il y a environ un mois. A quitté l'école depuis 4 jours seulement; on lui délivre un certificat d'admission.

La mère nous apprend qu'elle a trois autres enfants. Une jeune fille de 17 ans qui n'a rien; deux garçons qui couchent ensemble auraient des plaques alopéciques. Nous avons vu ces enfants :

Gérard H. . . , 15 ans, ne présente qu'une petite trace glabre en bordure, à la région mastoïdienne droite, que la mère avait prise pour de la pelade, et sur laquelle elle a frictionné avec la lotion ; rien en somme.

Léon H. . . , 12 ans, présente les cheveux clairsemés à la région occipitale, une cicatrice au vertex et, à la région temporale droite, une petite plaque alopécique grande comme 0 fr. 50, mais pas nettement glabre, sans cheveux cassés à la surface, sans chute périphérique. En somme, aucune contagion dans la famille.

Il s'agissait d'un de ces cas si fréquents de phobie de la pelade.

B. Observations de pelades d'enfants aux consultations. — Nous résumons plus loin nos autres observations d'enfants peladiques. Pour eux, comme pour les adultes, nous établirons rapidement une classification en ce qui concerne le sexe, l'âge et la forme de la pelade dont ils sont atteints.

Sur 50 cas observés aux consultations de Saint-Louis et de La Roche-foucauld (non compris les observations avérées de fausses pelades), nous avons 39 garçons et 11 filles.

Au point de vue de l'âge, sur 39 garçons nous avons :

de 0 à 5 ans, 3 cas (dont deux ont 5 ans)

de 5 à 10 — 18 —

de 10 à 15 — 18 —

Sur 11 filles de 0 à 5 ans, 1 cas

de 5 à 10 — 6 —

de 10 à 15 — 4 —

Au point de vue du genre de pelade, nous avons relevé chez les garçons : 3 décalvantes, 6 ophiasis, 12 pelades en aire unique, 13 pelades en aires multiples, 4 alopécies diffuses, 1 pelade douteuse ; et chez les filles : 3 ophiasis récidivantes, 3 pelades en aire unique, 2 pelades en aires multiples, 1 pelade récidivante, 2 pelades douteuses.

Enfin la répartition de ces cas dans les écoles d'où ils proviennent, montre, qu'à part les 8 cas (4 pelades vraies seulement en réalité) observés à l'école communale de la rue Sainte-Alice, ils constituaient des cas isolés dans chacune de ces écoles.

OBS. 96. — Charles L. . , 8 ans. Deux petites plaques en bordure au

front : ophiasis. Début il y a 3 mois. Ecole communale rue Lacordaire. Cicatrices nombreuses.

OBS. 97. — Louis T. ., 10 ans. Deux plaques peladiques. Début il y a un mois. Ecole communale rue Boulard. Deux frères : couche avec l'aîné. Pas de contagion.

OBS. 98. — Eugène T. ., 13 ans. Une seule plaque peladique. Début il y a 15 jours. Ecole communale rue Fondary. Pas d'autre enfant peladique. Un frère et 4 sœurs : couche avec son frère. Pas de contagion.

OBS. 99. — Henri D. ., 7 ans. Deux plaques peladiques datant l'une d'un an, l'autre de quelques jours. Asile rue de la Tombe-Issoire. 3 autres enfants, couche avec un frère. Non contagion.

OBS. 100. — Jean B.-P. ., 13 ans. Pelades en aires diffuses. Début il y a 3 ou 4 mois. École communale rue d'Alésia. Une sœur. Pas de contagion. Certificat.

OBS. 101. — Georges L. ., 12 ans. Trois plaques peladiques. Début il y a 3 ans. Ecole Ducange (Voisin de Jean B.-P.).

OBS. 102. — Robert B. ., 9 ans 1/2. Une seule plaque peladique, à début récent. École communale rue de l'Ouest. Pas d'autre enfant peladique dans sa classe. Couche avec un de ses frères. A un autre frère. Aucune contagion.

OBS. 103. — Charles C. ., 5 ans. Ophiasis. Début il y a 6 mois. Asile rue de l'Ouest. Pas d'autre enfant atteint. 7 frères et sœurs, aucune contagion.

OBS. 104. — Marcel S. ., 13 ans. Une plaque occipitale. Début il y a 2 mois. Ecole rue de l'Ouest. Un autre enfant en a été renvoyé mais antérieurement. Couche avec son frère. Pas de contagion.

OBS. 105. — Marcel L. ., 5 ans. Une plaque temporo-pariétale. Début il y a 3 semaines. Ecole communale, rue Roussin.

OBS. 106. — Lucien L. ., 10 ans. Frère du précédent. Pelade à aires multiples à début ancien. Même école. Couche avec son petit frère âgé de 3 ans. Pas de contagion.

OBS. 107. — A.-D. ., 10 ans 1/2. Pelade douteuse. Pseudo-pelade furonculaire. Début il y a 8 à 9 mois. Orphelinat Saint-Charles ; 2 autres

enfants en ont été renvoyés antérieurement, et ils n'ont pas eu de contact avec celui-ci.

OBS. 108. — Marcel L..., 11 ans. Une plaque peladique. Début il y a 1 mois 1/2. Orphelinat Saint-Vincent. Va à l'école. Pas d'autre peladique.

OBS. 109. — René O..., 16 ans. Décalvante. Début il y a 7 ans. Ecole communale, rue d'Aligre, a continué à la fréquenter constamment. Pas d'autre peladique. Non contagion.

OBS. 110. — Auguste M..., 7 ans. Pelade en aires diffuses. Début il y a un mois. Ecole communale, rue de Clignancourt. Pas d'autre enfant peladique dans l'école. Scrofuleux.

OBS. 111. — Charles M..., 6 ans. Plaque peladique ; début il y a un an. Ecole communale, rue Bréda (deux autres enfants auraient la pelade à l'école. Pas vus). Une sœur. Pas de contagion.

OBS. 112. — Léon F..., 12 ans. Peladoïde en aires, récidivante. Début il y a 3 ans. Ecole communale, rue de Reuilly. Un frère âgé de 2 ans. Pas de contagion. A eu antérieurement la teigne ainsi qu'une sœur.

OBS. 113. — Ernest R..., 6 ans 1/2. Alopécie diffuse atropho-dermique. Ecole communale, rue Racine (Grand Montrouge). L'enfant Marcel L., provenant de la même école, a eu la pelade antérieurement.

OBS. 114. — Marcel L..., 8 ans. 3 plaques peladiques. Début il y a 15 jours. Même école. Trois sœurs, pas de contagion. Phobie de la pelade chez le père.

OBS. 115. — Georges L..., 14 ans. Décalvante. Début il y a 3 ans. Ecole communale, Vitry-sur-Seine. Pas d'autre enfant peladique. A deux frères, pas de contagion. Continue à aller à l'école.

OBS. 116. — Jules L..., 10 ans 1/2. Une plaque peladique unique. Début il y a 6 mois.

OBS. 117. — Emile L..., 14 ans. Ancienne pelade actuellement guérie. Frère du précédent. Ecole à Montlhéry. Couche avec un autre frère. Pas de contagion.

OBS. 118. — Fernand R..., 13 ans 1/2. Pelade récidivante. Début il y a 2 mois. A un frère. Pas de contagion.

Obs. 119. — Albert C. ., 6 ans 1/2. Pelade en aires multiples. Début il y a un mois. Ecole communale, rue Corbon. Pas de contagion aux autres enfants de sa maison.

Obs. 120. — Emile B. ., 13 ans 1/2. Ophiasis. Début il y a 5 ans. Couche avec son frère et son père. Pas de contagion.

Obs. 121. — R. ., 14 ans. Décalvante. Début il y a 9 ans. Imprimeur. Hypotonie très marquée du cuir chevelu qui est aisément plissable.

Obs. 122. — B. ., 14 ans. Ophiasis ancienne à plaques multiples. Début il y a 5 ans. Lithographe. Plusieurs frères et sœurs ; pas de contagion.

Obs. 123. — Charles D. ., 4 ans. Alopecie diffuse. Ne va pas à l'école. Une petite sœur élevée avec lui. Pas de contagion.

Obs. 124. — N. ., 14 ans. Ophiasis. Début il y a 8 mois. Ne va pas à l'école. Vit avec un autre enfant de 2 ans. Pas de contagion.

Obs. 125. — Edmond P. ., 12 ans. Ophiasis à début récent. Pupilles de la Seine. Pas d'autre enfant peladique à son école. Une sœur. Pas de contagion.

Obs. 126. — Lucie W. ., 3 ans. Plaque peladique unique. Récente. Asile rue de la Tombe-Issoire. Couche avec un frère âgé de 12 ans. Non contagion.

Obs. 127. — Yvonne G. ., 5 ans 1/2. Pelade douteuse, alopecie post-impétigineuse. École communale rue Couesnon. Pas d'autre enfant peladique.

Obs. 128. — Jeanne H. ., 10 ans. Plaque peladique unique. Début il y a un mois. Les deux frères examinés, parce que la mère les croyait atteints de pelade, n'ont rien. Pas de contagion.

Obs. 129. — Marguerite L. ., 11 ans. Pelade récidivante. Début il y a 2 ans. École des Sœurs rue de Grenelle. Couche dans le même lit avec deux frères. Pas de contagion.

Obs. 130. — Louise N. ., 12 ans. Ophiasis ancienne. Une plaque peladique récidivante. Ecole communale rue du Département. Pas d'autre enfant peladique à l'école. Couche avec sa mère. Une sœur. Pas de contagion.

Obs. 131. — Anaïs Pl..., 7 ans. Ophiasis ancienne. École des Sœurs, Bagneux. L'enfant a toujours continué à fréquenter l'école, Pas de contagion. Couche avec sa sœur. Pas de contagion.

Obs. 132. — Eglantine Ch..., 12 ans. Pelade récidivante, datant de 1 an 1/2. Ecole communale rue Huygens. Pas d'autre enfant peladique. Un frère de 5 ans n'a rien : pas de contagion.

Obs. 133. — Maria B. ., 6 ans. Pelade douteuse. Alopécie peut-être traumatique (pas de cicatrice). Début il y a 8 mois, ne va pas à l'école. Un frère et une sœur n'ont rien. Non contagion.

Obs. 134. — Germaine D. . ., 9 ans. Ophiasis, datant de 4 ans. Ecole des sœurs à Melun. Couche avec son frère. Pas de contagion.

C. Ecole Lailler. — A l'école Lailler, nous avons examiné 40 enfants peladiques, dont 26 garçons et 14 filles. Sur les 26 garçons, âgés de 6 à 14 ans, nous avons trouvé 9 fois l'ophiasis, 12 fois des pelades en petites aires disséminées, 5 fois des pelades décalvantes; sur les 14 filles, âgées de 6 à 13 ans, nous avons trouvé 11 pelades ophiasiques et 3 pelades en aires disséminées petites.

Sur ce nombre total de 40 enfants, il y avait 13 externes et 27 internes. L'enquête à laquelle nous nous sommes livré au point de vue de la contagiosité, nous a montré que jamais un peladique n'avait transmis sa maladie aux faviques qui sont soignés et élevés dans le même bâtiment (école B). Quant à l'enquête familiale, elle nous a donné les résultats suivants : 35 fois sur 40, les frères ou sœurs ainsi que les parents des enfants de l'école Lailler se sont montrés indemnes de pelade. Dans 2 cas, on a noté qu'un frère d'un enfant examiné à l'école B avait eu la pelade, mais plusieurs années avant que ce dernier en fût atteint. (Ceci montre qu'il faut faire les plus grandes réserves en ce qui concerne les prétendus faits de contagion familiale, où le rôle de la consanguinité entre peut-être pour une part importante). Un de nos cas s'applique à deux frères soignés simultanément pour la pelade à l'école Lailler, et fait à noter, un troisième frère avait eu antérieurement la pelade. Dans une autre observation, il

s'agit d'un enfant peladique de l'école B, dont la mère et la sœur ont eu antérieurement la pelade. On voit donc que tous ces faits, qui pourraient être d'abord considérés comme probants en faveur de la contagion, sont loin d'avoir une signification absolument précise à cet égard.

TROISIÈME PARTIE

CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES

I. — Résultats de nos observations

Il nous reste maintenant à résumer en quelques lignes les résultats de nos observations au point de vue de la contagiosité de la pelade.

Sur environ quatre-vingts observations d'adultes, nous avons trouvé quelques faits négatifs tout à fait précis (Obs. 37, 38, 39, 40)). Dans deux cas bien nets (Obs. 29 et 30) il s'est agi de fausse contagion, c'est-à-dire que les personnes soupçonnées d'avoir été contagionnées ou contagionnantes, furent reconnues indemnes de pelade. Dans l'observation 29, il s'agissait d'une teigne prise pour une pelade.

Sur les soixante-dix observations restantes, on peut éliminer avec certitude l'origine contagieuse de la maladie pour une *quinzaine* au moins, dans lesquels la pelade se montra d'une façon bien évidente quelque temps après un déséquilibre nerveux ou trophique de l'organisme (violentes frayeurs, émotions vives, secousses traumatiques et psychiques, ennuis persistants, surmenage). Nous ferons remarquer que ces observations, qui s'appliquent presque toutes à des pelades décalvantes, mentionnent pour la plupart que le début eut lieu par des aires bien nettes et souvent unique, comme cela a lieu dans les pelades vulgaires que plusieurs auteurs considèrent encore comme contagieuses.

Une cinquantaine d'observations comprend les cas où, l'enquête sur le début de la maladie n'ayant pu être poussée assez loin pour nous permettre de nier d'une façon certaine son origine contagieuse, nous avons cependant constaté que le peladique ne s'était nullement montré contagieux pour son entourage et cela malgré la cohabitation qui eut lieu fréquemment (entre mari et femme, entre frères, entre sœurs, entre camarades) et l'usage en commun d'objets de toilette ou de vêtements tels que collets, casquettes, etc.

De nos quatorze observations concernant les gardiens de la paix, et les soldats en traitement au Val-de-Grâce et à Saint-Martin, il est impossible, comme nous l'avons vu, de déduire l'existence d'un foyer épidémique antérieur.

Sur cet ensemble de quatre-vingts observations, nous ne trouvons en somme que deux cas où l'on puisse invoquer la contagion avec beaucoup de probabilités, mais pas cependant d'une façon évidente : 1^o obs. 33 : pelade chez une jeune femme, *coiffeuse pour dames*, et encore un doute subsiste-t-il dans ce cas au sujet de la possibilité d'un traumatisme rejeté comme origine de l'alopécie ; 2^o obs. 36, pelade chez un palefrenier *après échange de casquette* avec un camarade présentant des alopecies ? Mais il nous a été impossible de voir ce dernier et de contrôler le fait.

Quant aux résultats de nos observations de pelade chez les enfants, nous avons rencontré une seule fois les faits qui auraient pu être envisagés au premier abord comme un foyer épidémique : nous voulons parler des 8 enfants, provenant de la même école qui nous furent envoyés à la consultation de La Rochefoucauld (de janvier à avril 1901), comme atteints de pelade. Or, sur 8 cas, 4 au moins n'étaient que des alopecies cicatricielles, 2 autres présentaient des taches alopeciques petites durant plusieurs mois, sans avoir progressé, et ne s'étant pas montrées contagieuses pour leur entourage familial. Enfin, tous ces enfants appartenaient aux différentes classes de l'École et dans aucune on ne pouvait constater de foyer épidémique.

En dehors de ce fait, nos enquêtes dans les autres écoles ne nous ont jamais montré ni foyer épidémique, ni contagion, mais au contraire, fausse contagion (pelade et alopecie cicatricielle post-impétigineuse ou traumatique, etc.). Sur nos cinquante observations d'enfants de la ville : 16 fois il y eut cohabitation entre frères et sœurs sans contagion ; 18 fois les frères ou sœurs des peladiques ne furent pas contagionnés malgré l'usage d'objets de toilette communs.

Dans quelques cas, la pelade fut observée chez les deux frères en même temps ; mais ces faits de pelade chez les consanguins ne doivent pas être considérés comme exemple probant de contagion, si l'on veut se mettre à l'abri des causes d'erreur pouvant provenir de l'héré-

dité, des troubles trophiques et généraux qui jouent certainement un rôle, comme l'ont établi plusieurs observations, dans les pelades familiales.

A ce propos nous ferons remarquer que le seul cas de nos observations d'enfants où on pourrait incriminer la contagion, se rapporte à deux frères, dont l'un avait la pelade depuis 6 mois, quand l'autre la vit apparaître sur son cuir chevelu, après s'être servi, dit-il, du foulard du premier. Remarquons encore que le second a continué de fréquenter un atelier (École Diderot) où il n'a contagionné aucun de ses camarades.

Enfin, nous n'avons jamais vu la présence, l'admission ou le maintien à l'Ecole de peladiques en traitement être le point de départ d'un foyer épidémique.

A l'école Lailler (Ecole B : favus et pelade), on n'a jamais observé un cas de contagion d'un peladique à un favique. Et cependant, on a noté plusieurs fois le cas d'enfants faviques guéris, qui au moment d'être rendus à leurs parents essayaient, pour rester à l'école, de contracter la pelade en portant la compresse qui sert de coiffure aux peladiques. Jamais la contagion n'a été observée comme résultat de cette manœuvre, que les infirmières ne peuvent pas toujours empêcher.

Tels sont les résultats de nos observations appuyant, comme on le voit, l'extrême rareté de la contagiosité de la pelade. Nous aurons tout à l'heure à les interpréter dans le sens le plus favorable à l'admission des peladiques dans les diverses agglomérations.

II. — Résumé des arguments pour et contre la contagiosité de la pelade

On ne peut nier cependant que certains faits rapportés en faveur de la contagion soient bien difficiles à réfuter. L'autorité des auteurs qui les ont relatés ou les circonstances bien précises dans lesquelles ils se sont produits, tendent à faire admettre qu'il existerait au moins une variété de pelade contagieuse à laquelle on peut les rattacher. Mais toujours, ce sont des faits de contagion limitée, dont la filiation ne peut se suivre au-delà de deux ou trois cas (voir plus haut les observations de M. Sabouraud, page 67).

En faveur de la non-contagion, il faut tenir compte de nombreux arguments. D'abord, tous les faits anciens sont sujets à caution à cause de la confusion longtemps et souvent faite entre la pelade et les teignes. De plus, les observations de fausses pelades, alopecies post-impétigineuses, post-furonculeuses cicatricielles, etc., prises pour de la pelade vraie, sont encore aujourd'hui innombrables et on y trouve l'explication de bien des cas de fausse contagion. Nous avons encore insisté tout particulièrement sur ce fait, que les épidémies de pelade relatées, surtout les épidémies militaires qui sont les plus nombreuses, ne devaient être admises qu'avec les plus expresses réserves, comme le montrent la critique que nous avons faite et les faits expliqués par M. Sabouraud. Les statistiques de Duncan Bulkley (110 cas) et de Ciarocchi (547 cas) ne mentionnent pas un cas de contagion ni d'épidémie.

Enfin une dernière raison en faveur de la non-contagiosité de la pelade, c'est l'ensemble des troubles complexes qui paraissent dans un grand nombre de cas lui servir de substratum et sans lesquels elle ne saurait évoluer suivant M. Jacquet. Cette conception est, en effet, tout à fait contraire à la contagion. C'est du reste l'opinion de la non-contagiosité de la pelade qui a prévalu au dernier *cong. de Derm.* tenu à Saint-Louis en 1900. La discussion à laquelle ont pris part MM. Lassar (de Berlin) Pavlof (de Saint-Petersbourg) Norman Walker (d'Edimbourg) Sabouraud, Fournier, Jacquet, Hallopeau (de Paris) Jadassohn (de Berne) Kaposi (de Vienne) montra beaucoup de dissidences et M. Balzer en conclut que la doctrine de la contagiosité n'étant plus solidement établie, on devait se montrer plus large à l'avenir pour l'admission des peladiques à l'école.

C'est aussi la conclusion pratique à laquelle nous aboutirons, mais en l'étendant à tous les peladiques, non seulement de l'école, mais encore des autres agglomérations.

Avant de discuter cette question si importante, nous tenons à déclarer de la façon la plus formelle que les mesures libérales que nous allons proposer à l'égard des peladiques, ne s'appliquent qu'à la pelade et *nullement aux teignes tondantes et au favus, maladies éminemment contagieuses et qui sont journellement confondues avec*

la pelade. Il est absolument nécessaire de faire cette distinction fondamentale, car l'ensemble des mesures que nous allons formuler, si elles étaient appliquées indistinctement à la pelade et aux teignes tondantes, aurait les résultats les plus néfastes en ce qui concerne cette dernière classe des affections du cuir chevelu. Beaucoup de médecins ne sont pas assez pénétrés de la contagiosité si terrible et si certaine des teignes tondantes et c'est à l'égard des teigneux qu'il faudrait rendre encore plus rigoureuses les mesures prophylactiques qu'ils prennent trop souvent vis-à-vis de la pelade. Il y a là une *confusion si fréquemment faite et si regrettable*, qui entraîne au point de vue de l'extension des teignes des résultats si déplorables, qu'il est de notre devoir d'y insister et de répéter encore qu'*autant on peut être libéral en matière de prophylaxie à l'égard des peladiques, autant il faut se montrer sévère et intransigeant vis-à-vis des teigneux*.

III. — De l'admission des peladiques dans les diverses agglomérations.

M. Besnier a très clairement montré, dans son rapport à l'*Académie* sur la question, l'embarras des médecins pour lesquels il est souvent bien lourd de prendre une décision quand il s'agit de l'admission d'un peladique dans un établissement quelconque, ou de son exclusion. Partagé entre le désir de satisfaire son client, qui lui réclame un certificat de non-contagiosité, et la crainte d'avoir affaire à une affection contagieuse, le médecin « tenant à mettre en toute hypothèse sa responsabilité à l'abri de tout événement, applique indistinctement la loi d'exclusion à tous les peladiques ».

Ce que disait M. Besnier, en 1888, est encore vrai à l'heure actuelle et il est certain que les sages mesures que cet auteur a édictées vis-à-vis des peladiques n'ont été interprétées, par bien des médecins, que dans le sens des restrictions qu'elles comportent. Nous citerons d'abord intégralement, « l'instruction provisoire sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade » placée par M. Besnier à la fin de son rapport.

A. — Mesures de prophylaxie générale.

I. Dans tous les établissements *publics*, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles supérieures, corps de troupe, administrations, et généralement dans toutes les agglomérations, aucun sujet atteint de pelade *ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit*. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité à encourir, la question serait portée devant une commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

II. Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade.

Les contacts immédiats seront évités, en maintenant la tête des peladiques *couverte*, ou au moins en oblitérant exactement la surface malade ; les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion ou de traumaticine, etc., peuvent être utilisés selon les diverses circonstances.

Sans parler de la thérapeutique à employer, qui doit être laissée à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement soigné et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de danger pour les sujets sains avec lesquels il peut être mis en rapport.

Concourent au même but, tous les moyens de nettoyage et de propreté qui doivent être strictement appliqués aux peladiques :

Pendant toute la durée de la maladie, ils auront les cheveux tenus courts sur toute la tête ; la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux ; chaque matin, les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon, sans préjudice des moyens thérapeutiques que le médecin traitant jugera utile d'appliquer et dont il conserve la plus libre disposition. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé, et qui pourrait être un agent de transmission ; elles sont absolument de rigueur.

Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets

sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas, très fréquent, de guérison imparfaite ou de récidive.

On s'attachera avec autant de soin à mettre les sujets sains à l'abri du contact, particulièrement sur la tête ou sur la face, avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades ; on interdira et on préviendra par les mesures appropriées, soit dans les familles, soit dans les divers établissements, l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement des oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers, et l'on devra au moins les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant au sujet sain.

Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire, même pour le peladique, *qui peut être réinfecté par ses propres coiffures*.

Les objets de toilette du sujet malade doivent lui être réservés exclusivement ; il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, maladie qu'ils connaissent très bien. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée aussitôt qu'on aura constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert ; en tout temps, il serait bien de la désinfecter par immersion et mise en action dans l'huile ou dans la glycérine portées à l'ébullition ; les ciseaux ordinaires imbibés d'alcool pourront être aisément et rapidement flambés.

B. — Mesures de prophylaxie spéciale.

III. Chaque sujet atteint de pelade fera l'objet d'une enquête médicale qui aura surtout pour but de rechercher par une analyse attentive du cas particulier, les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines, et de déterminer la période à laquelle est arrivée l'affection. Son ancienneté, son état stationnaire, le bon état du cuir chevelu en dehors de la portion dénudée, sa réparation manifestement en voie d'exécution, sont au nombre des conditions qui permettront l'admission ou la conservation sous certaines réserves qui seront formulées ; les circonstances opposées, le début récent, l'augment manifeste, la multiplicité des plaques alopéciques et le peu d'adhérence des cheveux alentour motiveront, au contraire, la non-admission, le renvoi ou l'isolement temporaires. Dans l'application, dont le détail va être indiqué, les règles pourront être modifiées selon les différentes conditions et les cas particuliers.

IV. Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non-admission,

l'exclusion ou l'isolement effectif seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

V. Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées, enfin qu'ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques alopeciciées ne permettront pas d'en faire l'occlusion effective.

VI. Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues ; la récréation et l'étude en commun sont soumises à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Les élèves auront la tête couverte par une perruque, si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, ou un bonnet dans les cas moins intenses.

VII. Pour les internats, écoles supérieures, écoles spéciales, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement que dans les conditions de l'article précédent par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non-admission ou l'exclusion temporaires que rarement et pour des cas particulièrement intenses.

— Presque toujours les jeunes peladiques pourront être conservés, à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils devront être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement, qu'il soit pris, aux récréations ou au dortoir, des mesures de précautions appropriées, et qu'ils aient la tête couverte d'une perruque ou d'un bonnet.

Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement en particulier, on aura toujours la ressource de conserver les peladiques comme externes.

VIII. *Dans les agglomérations militaires*, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de terre.

Les hommes reconnus peladiques sont envoyés à l'hôpital ; les suspects sont momentanément isolés et mis en observation en même temps que l'on prend toutes les mesures de désinfection et de prophylaxie appropriées, nettoyage de la tête, suspension de l'usage de la tondeuse, flambage des ciseaux du perruquier après chaque opération, interdiction des échanges de coiffure, objets de toilette particuliers à chaque homme, surveillance des lits de camp, etc.

IX. Dans tous les cas où des sujets peladiques conservés par tolérance seront devenus le point de départ manifeste de cas nouveaux, cette tolérance cessera aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraîne de plein droit l'élimination immédiate de tous les malades ».

Nous avons, dans le texte de cette instruction, souligné certains points qui nous paraissent susceptibles d'être modifiés. M. Brocq dans son article intitulé : « Doit-on admettre les peladiques dans les écoles et les diverses administrations », après avoir dit son admiration pour l'esprit de tolérance qui a inspiré les mesures édictées par M. Besnier, reconnaît lui aussi que certains articles pourraient être transformés dans un sens encore plus libéral. Notamment en ce qui concerne le premier paragraphe, où M. Besnier établit qu'aucun peladique ne peut réclamer son admission comme un droit, M. Brocq propose, étant donnée la difficulté pratique que rencontre l'enquête préconisée par M. Besnier, de le remplacer par un autre article *invitant* les directeurs d'écoles et les patrons des établissements industriels, à recevoir les peladiques sous la condition expresse qu'ils soient en traitement régulier. Contrairement à M. Besnier, M. Brocq propose également l'admission des enfants, même dans les asiles, à condition qu'ils soient soignés et qu'ils aient la tête constamment couverte.

Si cette dernière précaution, dont le seul avantage est peut-être de calmer les appréhensions des familles et des directeurs d'école, peut être, en effet, exigée dans les asiles et les écoles de la première enfance, nous la croyons inutile et vexatoire dans les écoles primaires et les autres établissements fréquentés par les adolescents ou les adultes. Nous avons vu plusieurs fois des peladiques qui étaient restés méconnus à l'école pendant plusieurs mois n'avoir contagionné personne dans leur entourage. C'est dire que lorsqu'ils sont soumis à un traitement local quelconque, ils sont encore plus inoffensifs et qu'il est inutile de prendre à leur égard des mesures qui les font devenir un objet de risée ou de médisance pour leurs camarades. Tout au plus pourrait-on leur demander de garder la tête couverte, ce qu'ils feront du reste spontanément, lorsqu'ils sont atteints d'une pelade décalvante totale qui les rend plus repoussants tête nue et plus ridicules qu'avec un bonnet quelconque.

En ce qui concerne les agglomérations militaires, il est permis de se demander, croyons-nous, si l'isolement des soldats peladiques à l'hôpital est une mesure nécessaire. Nous pensons avoir établi qu'il subsiste actuellement un doute sur la réalité des épidémies de caserne, et que bien souvent, la pelade a été simulée, ou artificiellement créée par l'épilation. A notre sens, on pourrait d'autant plus facilement garder les peladiques à la caserne qu'ils seraient soumis à un traitement actif par des visites journalières à l'infirmerie, et à une surveillance efficace, tant au point de vue de l'apparition possible d'un foyer, qu'au point de vue de leur intervention dans l'existence de leur alopecie. Et nous ne sommes pas éloignés de croire que la continuation de la vie commune (exercices, gardes, etc. . .) et la suppression de l'isolement à l'hôpital ou à l'infirmerie, ainsi que des congés de convalescence, mesures que les soldats considèrent toujours comme des faveurs enviables, aboliraient complètement ou diminueraient tout au moins le nombre des épidémies futures. Ces mesures auraient encore l'avantage de diminuer l'encombrement des hôpitaux militaires où les peladiques occupent des lits pendant des mois entiers parce qu'on ne veut pas les réintégrer à la caserne, par crainte de contagion.

Enfin nous voudrions insister encore sur une question qui nous paraît très importante. M. le Dr Pignot, du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis, dans un important travail sur les teignes (1) reconnaît que l'organisation actuelle des médecins inspecteurs des écoles ne rend pas tous les services qu'on est en droit d'en attendre. Des cas de teignes passent inaperçus et sèment la contagion ; des cas de pelade sont exclus au contraire à tort de l'école.

A Paris, où les parents des enfants teigneux ou peladiques peuvent demander l'avis des médecins compétents à Saint-Louis, à la Rochefoucauld, à l'hôpital Broca-Pascal, et aux consultations des hôpitaux d'enfants, cet état de choses est moins préjudiciable aux peladiques,

(1) *Étude de clinique des teignes. Hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900, à Paris et dans sa banlieue* (Dr MAURICE PIGNOT). Thèse de doctorat, Paris, 1900.

auxquels on délivre de plus en plus facilement, et à juste raison, des certificats d'admission dans les écoles. Mais en province, où les directeurs d'établissement peuvent réclamer la signature de ces certificats par le médecin-inspecteur, il serait de toute nécessité que celui-ci eût les connaissances et l'instrumentation nécessaires pour faire exactement les diagnostics de teignes, de favus, de pelade et surtout des fausses pelades, qui sont, comme nous l'avons vu, les principales causes des fausses épidémies et par là même des mesures d'exclusion injustes contre les peladiques. Nous indiquons seulement ces faits ; il appartiendra aux autorités compétentes d'en déduire les conclusions et les réformes qu'ils comportent.

En dehors de ces quelques points qui ont plus spécialement attiré notre attention, nous nous rallions pleinement aux autres mesures si magistralement exposées par MM. Besnier et Brocq. Nous n'avons fait que leur apporter une modeste contribution et si nos efforts ont tendu à rendre ces mesures plus libérales encore, c'est que nous y avons été poussé par l'ensemble de nos recherches et par ces quelques lignes qui terminent l'article déjà cité de M. Brocq :

« Qu'on ne s'imagine pas que nous venons d'enfoncer un porte ouverte, et que l'esprit de tolérance que nous réclamons pour les peladiques règne partout en France depuis les travaux de M. le Dr E. Besnier. Nous avons déjà cité dans cet article des exemples d'intolérance odieux ou ridicules : ils pullulent autour de nous. Aussi n'avons-nous pas hésité à rééditer dans ce journal de Pratique médicale les admirables prescriptions que l'on vient de lire en les interprétant dans un sens encore plus large. Nous appelons l'attention des pouvoirs publics sur ce point, et nous demandons aux médecins d'agir dans la voie que nous venons d'indiquer pour tâcher d'améliorer le sort des peladiques dans les agglomérations encore par trop nombreuses où ils subissent le sort des teigneux. »

CONCLUSIONS

Plusieurs points, qui ne relèvent pas absolument de notre sujet, mais que nous avons été obligés d'effleurer dans notre travail, restent à élucider dans l'étude de la pelade.

Le pourquoi de la localisation en aires et de la distribution objective des plaques ophiasiques, le rôle indéniable, mais à approfondir, de la séborrhée grasse dans la pelade de l'adulte, les troubles urologiques de la pelade, ses relations avec les troubles nerveux et trophiques sont autant de questions qui restent posées mais non résolues. La pelade est-elle dans tous les cas une affection générale, ou bien ne confond-on pas dans ce grand ensemble une petite et étroite maladie qui serait contagieuse et aurait les mêmes symptômes? Nouveau problème.

Nous en sommes arrivés à considérer les conceptions anciennes de la pelade comme trop simplistes. La question est certainement très complexe.

Mais dans l'évolution des idées, il y a progrès et si nous ne voyons pas la lumière venir, nous commençons à savoir par où elle nous viendra.

Les derniers travaux de M. Sabouraud et ceux de M. Jacquet, indiquent dans quel sens il faut chercher et cela est d'autant plus important que, pour l'un de ces deux auteurs au moins, il a été ramené à cette conception de la pelade, après y avoir été le plus opposé par ses travaux antérieurs et son éducation bactériologique préalable.

Nous terminerons ce travail par les conclusions suivantes :

I. Dans l'immense majorité des cas de pelade, la contagiosité est impossible à prouver. Cette contagiosité paraît être extrêmement rare, ainsi que le soutiennent actuellement plusieurs savants dermatologistes.

II. Il existe des faits négatifs tout à fait précis et probants en faveur de la non-contagiosité de la pelade.

III. — La réalité des épidémies de pelade paraît devoir être considérée comme une erreur accréditée par des observations anciennes, sur la valeur démonstrative desquelles il faut faire les plus expresses réserves, et ces réserves sont commandées non seulement par la critique attentive des relations de ces épidémies, mais encore par la notion actuelle exacte des fausses pelades (alopécies post-inflammatoires et cicatricielles, alopécies artificielles par épilation, etc.). Si la pelade jouit parfois d'un pouvoir contagieux, il est toujours très faible et incapable de créer des épidémies.

IV. Dans beaucoup de cas et les plus graves, la pelade, sans être précisément une maladie générale, s'accompagne d'un état général, traduit en partie par l'urologie, et excluant l'idée d'une maladie locale simple. De plus, la pelade est quelquefois héréditaire d'une façon manifeste.

V. Tous ces arguments en faveur de la non-contagiosité de la pelade, qui tendent à être de plus en plus admis à l'heure actuelle, doivent avoir pour sanction pratique une plus grande libéralité dans les mesures prophylactiques prises à l'égard des peladiques dans les diverses agglomérations.

VI. Nous estimons que l'admission ou le maintien des peladiques dans les écoles, les ateliers, les administrations, les magasins, les casernes, etc..., s'impose dans tous les cas, et c'est l'immense majorité, où une enquête sérieuse sur le début de leur maladie et sur la non-transmission à leur entourage, démontre au médecin la non-contagiosité de cette pelade. Dans les cas contraires, si rares, le peladique sera tenu en observation et traité jusqu'à ce que le médecin le reconnaisse comme non-contagieux et lui délivre un certificat dans ce sens.

VII. Ce certificat devra énoncer à la fois les *droits* du peladique à être admis dans son groupe et les mesures auxquelles il doit se conformer ; ces mesures consisteront essentiellement dans la continuation d'un traitement régulier dont le contrôle sera assuré par une visite médicale mensuelle au moins, à laquelle tout peladique devra se soumettre jusqu'à complète guérison.

Il est bien entendu que l'obligation de recevoir un peladique ne pourrait être imposée qu'aux établissements publics. Pour les établis-

sements privés, on mentionnera sur le certificat que le peladique « peut-être admis sans danger pour l'entourage ».

VIII. Pour que ce certificat puisse être accordé sans aucun inconvénient, il est de toute nécessité que le diagnostic de pelade ait été soigneusement établi. Et pour atteindre ce but, il faut que les médecins inspecteurs des écoles surtout, soient pourvus des connaissances et du matériel indispensables au diagnostic ferme d'une alopecie peladique et ne confondent pas, comme cela arrive souvent, la pelade et les diverses teignes. Cette confusion, en accordant aux teigneux les mesures bienveillantes que nous avons formulées vis-à-vis des peladiques, entraînerait les résultats les plus déplorables au point de vue de l'extension déjà si grande des teignes et nous tenons à protester de toutes nos forces contre l'erreur capitale qui consisterait à généraliser les conclusions ci-dessus indistinctement à toutes les affections à tendance alopecique du cuir chevelu.

IX. On pourrait objecter aux conclusions libérales que nous venons de formuler qu'elles tendraient à augmenter le manque de précautions et de propreté chez les coiffeurs. Loin de nous cette pensée. D'ailleurs la pelade n'est pas la seule maladie qu'on puisse contracter chez le coiffeur, témoin la teigne et même la syphilis. Cette seule considération suffit à montrer que nous ne prétendons pas, et qu'il ne faut, à aucun prix, supprimer chez eux les mesures prophylactiques générales.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. FOURNIER.

Vu :

Le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

NOTICE EXPLICATIVE DES PHOTOGRAPHIES CI-JOINTES

FIG. 1-2-3-4. — Pelade ophiasique typique photographiée sur les quatre faces.

La fig. 1 montre la dépilation en bordure de la nuque, avec une tache alopécique de formation récente, marquant la progression de l'ophiasis.

Les fig. 2-3-4. montrent la marche dépilante circulaire de l'ophiasis, telle qu'on la retrouve si bien décrite par Celse (V. p. 64).

FIG. 5. — Montre un bel exemple de l'hypotonie des tissus et en particulier du cuir chevelu, chez les peladiques (V. les travaux de M. Jacquet). Cette photographie se rapporte à notre obs. 121 (1).

FIG. 6. — Pelade totale (cuir chevelu, sourcils, cils) (V. obs. 1, p. 88).

FIG. 7. — Altérations unguéales dans la pelade. Ces altérations sont surtout marquées ici sur les doigts du milieu de la main (main droite de la malade qui fait l'objet de l'obs. 1).

(1) Les clichés des cinq photographies ci-dessus, extraits de la belle collection de l'École Lailler, à Saint-Louis, nous ont été obligeamment prêtés par M. le Dr SABOURAUD. Les photographies 1 et 4 ont déjà été reproduites dans l'ouvrage de M. PIGNOR sur les teignes.

Fig. 1

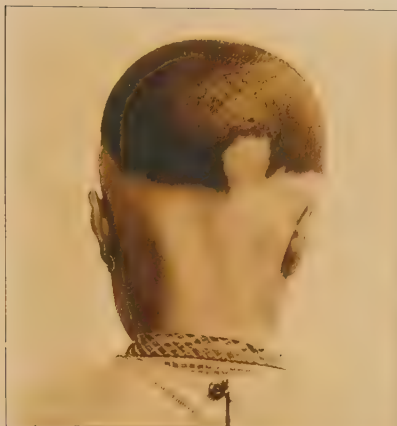


Fig. 3



Fig. 5



Fig. 6



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Académie de Médecine** : Discussion sur la pelade, 1887 (MM. OLLIVIER, HARDY, CORNIL, FÉRÉOL, FOURNIER, BUCQUOY, BESNIER).
- Alibert**. *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*. Paris, 1822.
- Archambault**. Sur un cas de pelade d'origine probablement nerveuse. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 avril 1890.
- Arnozan**. Pseudo-pelade avec plaques achromateuses et hyper-chromateuses Anal. par JACQUET, in *Ann. Dermat. et Syphil.*, 1891, p. 710.
- Bateman**. *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 1820 (Traduit de l'anglais par G. BERTRAND, p. 220).
- Bazin**. *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, 1862.
— Article : Microsporon du *Dictionnaire Encyclopédique*, 1873.
- Behrend**. Pelade et altérations du poil dans cette maladie. *Virchow's Archiv.*, 1887, t. CIX, p. 483.
- Bender**. De l'étiologie de l'alopécie en aires. *Deutsche med. Wochens.*, 1886, n° 46.
- Besnier (E.)**. Rapport sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 31 juillet 1888.
- Besnier et Doyon**. Traduction des *Leçons* de KAPOSI. Notes sur le chapitre « Alopecia areata », t. II.
- Bizzozero**. Sur les microphytes de l'épiderme normal. *Gaz. di osp.*, 1884.
- Brocq**. Doit-on considérer la pelade comme une affection contagieuse. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 13 mai 1887.
— Folliculites et péri-folliculites décalvantes. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, octobre 1888.
— Remarques sur les alopecies de la kératose pileaire. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1892, p. 1197.
— Doit-on admettre les peladiques dans les écoles et dans les administrations ? *Journal des Praticiens*, novembre 1900.
- Brousse**. Un cas de pelade nerveuse. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1891.
- Buchin**. Pelade ; nature, traitement, prophylaxie. Thèse de doct. Paris, janv. 1887.
- Cazenave**. *Traité des maladies du cuir chevelu*, 1850.
- Ciarocchi**. Statistique de 547 cas de pelade. 3^e Congrès de Dermatologie et de Siphiligraphie. Londres, 1896.
- Collin (L.)**. La pelade dans le gouvernement militaire de Paris en 1888. *Archives de médecine militaire*, 1888, t. II, p. 81.

- Congrès : 3^e Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Londres, 1897. Pelade : SABOURAUD, CIAROCCHI. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1897, p. 1130.
- Congrès de médecine de Moscou, 1897.* *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1897, p. 890.
- 4^e Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'hôpital Saint-Louis, 1900.* Discussion sur les pelades (MM. O. LASSAR, PAVLOF, NORMAN-WALKER, SABOURAUD, FOURNIER, JACQUET, JADASSOHN, HALLOPEAU, KAPOSI, BALZER). *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1900, p. 990.
- Courrèges.** *Étude sur la pelade.* Th. de doct. Paris, 1874.
- Coustant.** Épidémie de pelade achromateuse dans la garnison de Montpellier pendant l'année 1886. Relation in *Revue d'hygiène*, 1887, t. VII, p. 555. Note de M. BOURGUET, interne des hôpitaux de Montpellier, sur la même épidémie. *Arch. de méd. milit.*, 1887, p. 155.
- Darier.** Discussion sur les rapports de la séborrhée grasse et de la pelade. *Société de Dermatologie*, 1897.
- Pelade décalvante totale (récidive) avec lésions des ongles. *Ann. de Dermat.*, 1898, p. 1009.
 - Alopecie atrophiante en clairières. Pseudo-pelade de Brocq, *Ann. de Dermat.*, 1901, p. 58.
- Devallet.** *Contribution à l'étude des pelades nerveuses.* Th. Paris, mars 1896.
- Devergie.** *Traité pratique des maladies de peau.* Paris, 1863.
- Dubreuilh.** Des alopecies atrophiques. *Ann. Dermat.*, 1893, p. 329.
- Pelade pseudo-trichophytique. *Ann. Dermat.*, 1896, p. 1130.
- Duhring.** *American journal of med. sc.*, 1870.
- Dunkan-Bulkeley.** A clinical study on alopecia areata and its treatment. *Medical record*, 2 mars 1889.
- Eichhoff.** Statistique de 36 cas de pelade. *Monatsch. f. prakt. Dermat.* 1880.
- Féré.** Épilepsie et pelade. *Ann. Dermat.*, 1893, p. 463.
- La pelade post-épileptique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, juillet 1895, p. 214.
- Feulard.** *Teignes et teigneux.* Thèse Paris, 1886.
- Le favus et la pelade en France. *Ann. Dermat.*, 1892, p. 1118.
 - Pelade décalvante et vitiligo. *Ann. Dermat.*, 1892, p. 842.
 - Pelade décalvante familiale. *Ann. Dermat.*, 1897, p. 292.
- Fournier (A.).** Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples. *Société de Dermatologie*, janvier 1901.
- Fournier (E.).** Pelade ou plutôt agénésie pileaire générale, héréditaire, congénitale et permanente, sur cinq membres de trois générations. Onyxis concomitant des ongles des mains. *Ann. de Dermat.*, juillet 1900, p. 855.
- Frolich.** Pelade et lésions oculaires. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 décembre 1890.
- Gancher.** Observations de pelade nerveuse. *Bulletin médical*, 8 avril 1887.
- et L. BERNARD. Pelade, vitiligo et prurigo par auto-intoxication chez un homme atteint de néphrite chronique. *Société médicale des hôpitaux*, 5 mai 1899.
- Gautrelet.** Étude critique du procédé de Joulie. *Bull. des sc. pharmacol.*, janvier 1901.

- Germain.** *De quelques lésions simulant la pelade. Contribution au diagnostic de la pelade.* Thèse de Bordeaux, 1896.
- Gibert.** *Traité pratique des maladies de peau*, 1860.
- Gillette.** *Gazette médicale*, 1839.
- Ginrac.** *Cours de clinique et de pathologie internes*, t. V, 1859.
- Gruby.** Recherches sur la nature, le siège et le développement du *Porrigo decalvans* ou phyto-alopécie. *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 1843, t. XVII, p. 301.
- Hallopeau et G. Bureau.** Sur une pseudo-pelade en bande. *Ann. Dermat.*, 1897, p. 63.
- — Pelade pseudo-trichophytique. *Ann. Dermat.*, 1896.
- Hardy.** *Leçons sur les maladies de la peau*, 1858. Discussion à l'Académie, 1887.
- Hebra.** *Atlas*, pl. VII, A., 1858. *Maladies de la peau*, 1866 (Traduction anglaise).
- Hillairet.** *Société médicale des hôpitaux*, 8 mai 1874.
- Horand.** Considérations sur la nature et le traitement de la pelade. *Ann. de Dermat.*, 1874-75, p. 408, et 1875-76, p. 5.
- De la contagion de la pelade. Analyse in *Ann. Dermat.*, 1894, p. 958.
- Jacquet.** Sur la nature et le traitement de la pelade. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, n° de mai-juin et août-septembre 1900.
- Les rapports de la pelade avec les lésions dentaires. *Presse médicale*, n° 93, 10 novembre 1900.
- Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade. *Ann. de Dermat.*, mars 1901.
- Jonston.** *Jostoni idea universæ medicinæ practicæ*. Libris XII. Absoluta, Lugduni, 1665 (Biblioth. nationale. T. d. 30-100. Titulus III. De capillorum vitiis; caput I, de capillorum casu).
- Joseph (Max).** Experiment untersuch. uber die Ätiologie der Alopecia areata. *Monatsch. für prakt. Dermatologie*, 1886 Analyse française par Doyon, in *Ann. de Dermat.*
- Joulie.** *Urologie pratique et thérapeutique nouvelle*. Paris, O. Doin, 1901.
- Kivull.** Defluvium capillorum universale. Pili annulati. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1895.
- Ladame.** Alopecie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. *Revue neurologique*, 15 janvier 1896, p. 2.
- Lailler.** *Leçons cliniques sur les teignes faites à Saint-Louis* (recueillies et publiées par LANDOUZY, 1878).
- Instructions concernant les maladies contagieuses du cuir chevelu chez les enfants, à l'usage des parents, des instituteurs, institutrices et directrices d'écoles. *Société de médecine publique, Revue d'hygiène*, 1885.
- Loriot.** *Contribution à l'étude de la pelade.* Thèse doct. Paris, mars 1887.
- Lorry.** *Tractatus de morbis cutaneis*, 1777.
- Malassez.** Note sur le champignon de la pelade. *Archives de physiol. normale et pathol.*, 1874, p. 203.
- Merklen.** De la pelade. *Ann. de Dermat.*, 1880.
- Mibelli.** Ricerche sperimentali sull' etiologia de l' alopecia areata. *Bolletino della Società tra i cultuari di scienze mediche di Siena*, 1887.
- Nystrom.** Note sur la nature de la pelade, etc. *Ann. de Dermat.*, 1^{re} série, t. VII, 1875-76.

- Ollivier.** La pelade et l'École. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 février 1887.
- Pellizari.** 3 microfiti dell' epidermide normale in rapporto coll' Area Celsi. *Bolletino della Soc. tra. i. cult. di scienza mediche di Siena*, 1884.
- Plenck.** *De morbis cutaneis*. Vienne, 1776-1783.
- Pontoppidau.** Ein Fall von alopecia areata, mach operation am Halse. *Monatsch. fr. prakt. Dermatologie*, t. VIII, 1889.
- Purdon.** *Journ. of cutaneous and diseases of the skin*, 1870.
- Quinquaud.** Folliculites. *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, 1879, p. 63.
- Rayer.** *Maladies de la peau*, 1835.
- Rindfleisch.** Area Celsi. Hist. stud. in *Archiv. fr. Dermatol. und Syphilis*.
- Robin.** *Des végétaux qui croissent sur l'homme et les animaux vivants*. Thèse doctoral ès-sciences, 1847.
- *Histoire naturelle des végétaux parasites, etc.*, 1853.
- *Dictionnaire de Nysten*, 11^e édition.
- Rodionoff.** Alopecie en aires d'origine helminthique. *Rousskaia medicina*, 1894, n° 40.
- Rollet.** *Annuaire syph. et cut.*, 1859, p. 342 (cit. HORAND).
- Robinson.** Pathologie und therapie der Alopecia areata. *Monatsch. für prakt. Dermat.*, 1888.
- Sabouraud.** *Traité des maladies de l'enfance*, t. V. Pelade, p. 570.
- Étude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade, *Ann. de Dermat.*, 1896.
- *Rapport au 3^e Congrès de Dermat. et Syph.*, à Londres, 1896.
- Séborrhée grasse et pelade. *Ann. de l'Institut Pasteur*, février 1897.
- Calvitie vulgaire et séborrhée. *Ann. de Dermat.*, 1897.
- Sur l'ophiasis de Celse. *Ann. de Dermat.*, 1898.
- Discussion sur la séborrhée grasse et la pelade à la *Société de Dermatologie*, 1897. *Ann. de Dermat.*, 1897, p. 622 (MM. JACQUET, DARIER, BROcq, SABOURAUD).
- Schultz.** Sex Fall von Alopecia neurotica. *Munich med. Wochenschrift*, 1889.
- Schlen.** Zur otiologia der alopecia areata. *Virchow's Archiv.*, 1885.
- Statistique médicale de l'armée. Années 1892-93-94-95.*
- Thibierge.** Sur la question de la contagion de la pelade. *Ann. Dermat.*, 1887, p. 503.
- Thin.** Alopecia areata und bact. decalvans. *Ann. Dermat.*, 1887.
- Vaillard et Vincent.** Pseudo-pelade de nature microbienne. *Arch. de médec. militaire*, 1891, t. II, p. 361.
- Vidal.** *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1874.
- Wilson.** *Lectures of Dermatology*, 1878.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	3
PREMIÈRE PARTIE	
CHAPITRE I. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Relation et discussion des faits anciens de contagion et d'épidémies de pelade.....	16
Observations de contagion limitée.....	19
Observations d'épidémies de pelade.....	23
Statistique médicale de l'armée.....	36
Conclusion.....	46
CHAPITRE III. — Causes qui ont rendu la question confuse.....	47
a) Fausses pelades.....	47
b) Pseudo-pelade.....	53
c) Pelades associées.....	57
d) Pelades dites nerveuses.....	61
e) Pelade héréditaire et congénitale.....	63
CHAPITRE IV. — Etude clinique sommaire de la pelade.....	65
1° La plaque peladique (SABOURAUD).....	65
2° Examen du malade (JACQUET).....	70
3° Conclusion.....	73
DEUXIÈME PARTIE	
(RECHERCHES PERSONNELLES)	
CHAPITRE I. — Recherches urologiques chez les peladiques.....	75
CHAPITRE II. — Nos recherches cliniques sur la contagiosité.....	84
Observations d'adultes : Pelades décalvantes.....	88
— récidivantes.....	98
— en aires unique ou multiples.....	104
— chez les gardiens de la paix et dans les hôpitaux militaires.....	119
Observations d'enfants.....	125
Enquêtes scolaires.....	125
Observations d'enfants aux consultations.....	131
École Lailler.....	135

TROISIÈME PARTIE

	Pages.
I. CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES.....	137
CHAPITRE I. — Résultats de nos observations.....	137
CHAPITRE II. — Résumé des arguments pour et contre la contagiosité de la pelade.....	139
CHAPITRE III. — De l'admission des peladiques dans les diverses agglomérations.....	141
II. CONCLUSIONS.....	149
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	153

